
UC-NRLF
B 3 730 145


SIGILLVM · VNIVERSITATIS · CALIFORNIENSIS
LVX
FIAT
MDCCCLXVIII
EX LIBRIS

ARCHIVES GÉNÉRALES

DE MÉDECINE.

ARCHIVES GÉNÉRALES

DE MÉDECINE,

JOURNAL COMPLÉMENTAIRE

DES SCIENCES MÉDICALES,

PUBLIÉ

PAR UNE SOCIÉTÉ DE MÉDECINS,

COMPOSÉE DE PROFESSEURS DE LA FACULTÉ, DE MEMBRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE, DE MÉDECINS ET DE CHIRURGIENS DES HÔPITAUX.

IIe SÉRIE. — TOME III.

A PARIS,

CHEZ
- **BÉCHET** jeune, Libraire de la Faculté de Médecine, place de l'École de Médecine, n° 4;
- **MIGNERET**, Imprimeur-Libraire, rue du Dragon, n° 20.
- **PANCKOUCKE**, Imp.-Libraire, rue des Poitevins, N.° 14.

1833.

MÉMOIRES

ET

OBSERVATIONS.

SEPTEMBRE 1833.

Essai sur les propriétés fébrifuges de la salicine; par le docteur G. RICHELOT.

IL est peu de maladies plus fréquentes et plus communes que les fièvres intermittentes; elles règnent habituellement dans un grand nombre de pays étendus, et quiconque a pu voir l'apparence chétive de la plupart des habitans de ces contrées malheureuses, et a pu observer les traces funestes de ces maladies chez les sujets qui en ont été atteints, doit regarder comme éminemment utiles les recherches qui ont pour but de multiplier les ressources de la thérapeutique contre un si cruel fléau. Mais ces recherches offrent plus de difficultés qu'on ne se l'imagine d'abord. Ces fièvres semblent se jouer des expérimentations dirigées avec le plus de sagacité, tantôt résistant au traitement le plus méthodique et le plus rationnel, tantôt cédant aux moyens les plus bizarres, et même disparaissant, dans un nombre immense de cas, sans l'intervention d'aucun traitement. Tenons-nous donc sur nos gardes, dans nos essais, pour constater les vertus d'un médicament dit fébrifuge, et n'imitons pas ces thérapeutistes qui nous ont légué des centaines de *fébrifuges* dont un seul, jusqu'à nos jours, a pu soutenir l'épreuve d'une expérience prolongée.

Nous ne pouvons établir, en général et absolument parlant, aucune comparaison entre la salicine et le quinquina. L'un possède une masse innombrable de faits desquels on a pu déduire une conclusion satisfaisante ; l'autre est à peine connue, et n'offre par conséquent pas assez de faits à comparer entre eux. Un parallèle entre ces deux substances ne sera possible que lorsque la salicine aura été employée un nombre de fois assez considérable pour qu'on puisse, sans crainte d'erreur, négliger les faits antérieurement acquis aux préparations du quinquina.

Les essais doivent donc être répétés ; et en effet, plusieurs raisons s'unissent pour recommander la salicine à notre attention. Elle est indigène, et par conséquent ne peut nous échapper par aucune commotion politique. Son prix est peu élevé, et la met à la portée du plus grand nombre des fébricitans. Indépendamment de ces considérations de haute importance, elle est dénuée de toute qualité irritante et nuisible, comme nous le verrons bientôt, ce qui devrait la faire préférer aux préparations de quinquina, dans une foule de cas, si elle était réellement fébrifuge. Mais cette propriété, qui lui est concédée largement par plusieurs expérimentateurs, lui est contestée par un assez bon nombre d'observateurs plus sévères et non moins consciencieux ; je crois donc faire une chose utile en donnant un résumé très-concis, mais complet, de l'état de la science sur ce point en litige, et en contribuant à l'éclaircissement de la question par la discussion des faits déjà connus, et par la publication de nouveaux faits que j'ai recueillis à l'hôpital de *la Pitié*, dans le service de M. le professeur Andral.

Peu nous importe que la salicine ait été découverte par MM. Buchner, en Allemagne (1), Rigatelli, en Italie (2),

(1) *Voyez* son *Répertoire pour la pharmacie*, t. XXIX, 3.e cahier, p. 418.

(2) Académie de Médecine, séance du 1.er décembre 1829.

ou Leroux, en France, qui semblent y avoir également des droits ; et que, si le pharmacien français n'est venu qu'après ses compétiteurs étrangers, le premier emploi de cette substance en médecine appartienne à la France. Quoi qu'il en soit, aussitôt que ce nouveau fébrifuge fut connu, plusieurs médecins de Paris et des départemens s'empressèrent d'en faire l'objet de leurs essais, et l'on ne saurait trop louer des recherches qui ont pour but de déterminer le degré de confiance que l'on doit accorder à un médicament aussi précieux que le serait un véritable fébrifuge indigène. Un assez grand nombre de médecins provinciaux s'accordèrent pour reconnaître à la salicine des propriétés fébrifuges réelles ; quelques-uns crurent devoir mettre cette substance sur le même rang que le sulfate de quinine ; quelques-uns même l'élevèrent au-dessus (1). Mais ces derniers éloges font naître involontairement quelques doutes dans l'esprit, surtout lorsqu'on voit M. Pelletier, d'après quelques essais faits sur des malades à *la Charité*, annoncer que la salicine, quoique fort amère, paraît bien moins active que les principes des quinquinas (2).

Pour pouvoir apprécier, aussi complètement que possible, les succès que l'on dit avoir obtenus avec cette substance, il faudrait avoir sous les yeux l'histoire détaillée de toutes les fièvres qui ont été traitées par elle ; mais plusieurs des médecins de province se sont bornés à donner le résultat de leur pratique, sans qu'on sache comment ils ont administré la salicine, et quelles précautions ils ont prises pour s'assurer que la guérison, quand elle a eu lieu, était bien due à la salicine. Aussi leur opinion est-elle de peu de poids pour la solution de la question. Toutes leurs

---

(1) Séance de l'Académie de Médecine, du 1.er décembre 1829. — Séances de l'Académie des sciences, du 10 mai et 19 juillet 1830, et du 14 mars 1831.

(2) Séance de l'Académie de Médecine, du 19 octobre 1829.

voix réunies ne forment pas même une preuve en faveur des propriétés fébrifuges de la salicine ; elles sont à prendre en considération dans le cas de nouveaux succès obtenus, auxquels elles ajoutent un plus grand degré d'intérêt ; mais elles seraient complètement nulles, si les résultats obtenus sous nos yeux étaient négatifs.

M. Bally, un des premiers médecins qui se soient occupés du nouveau fébrifuge, traite par la salicine une fièvre quotidienne devenue tierce (1). Il fait administrer d'abord 30 grains de cette substance ; la fièvre n'en est point influencée. Le lendemain, il prescrit 36 grains après la fièvre, et le jour apyrétique 54 grains, en tout 90 grains entre les deux accès ; la fièvre se renouvelle comme à l'ordinaire. Nouvelle prescription de 54 grains après l'accès, et de 54 autres le jour apyrétique, en tout 108 ; la fièvre revient, mais elle est moins forte. Après cet accès, qui fut le dernier, on administra 54 grains de salicine, puis le jour apyrétique, 12 grains qui restaient seulement. La fièvre ne revint pas et fit bien, car on avait épuisé promptement les provisions amassées contre elle. On ne craint pas de donner ce fait comme favorable à l'emploi de la salicine. Il n'est point méthodique d'essayer un médicament à de si hautes doses ; cette grande masse doit nuire à l'absorption en irritant la membrane muqueuse de l'estomac, et il pourrait se faire que la dernière dose de 12 grains soit la seule qui ait réellement agi contre la fièvre. Cependant cette observation n'est point sans intérêt ; elle prouve qu'on peut faire *avaler* la salicine sans crainte, et que si elle n'a pas des propriétés fébrifuges bien manifestes, au moins est-elle complètement innocente ; on voit de plus que la salicine n'est fébrifuge qu'à un faible degré, car il est impossible qu'une telle *consommation* s'en soit faite sans qu'une certaine quantité de cette substance ait été empor-

(1) *Lancette*, N.° 21 ; 1830.

tée dans le torrent circulatoire; son effet a donc été lent et peu énergique.

Les commissaires de l'Académie des sciences avaient agi bien différemment (1). Ils n'ont employé que des doses de six grains, et ils ont vu des fièvres d'accès coupées du jour au lendemain. Ce témoignage est assez respectable pour mériter l'attention. En général, la dose qui paraît avoir réussi à la plupart des médecins favorables à la salicine, a été de 24 à 30 grains.

Le premier mémoire thérapeutique qui ait paru sur ce sujet, a été imprimé dans la *Gazette médicale* (2). L'auteur de ce mémoire conclut que la salicine égale le sulfate de quinine en vertu fébrifuge. Cette conclusion paraîtra au moins hasardée à quiconque lira avec attention les observations dont cette opinion est étayée. Ce Mémoire renferme neuf cas, dans huit desquels la guérison a eu lieu. Deux de ces cas sont de ceux où le repos, le régime, le changement de vie suffisent pour amener la guérison ; plusieurs autres sont des exemples de fièvres intermittentes très-simples qui cèdent au sulfate de quinine avec la plus grande facilité, et pourtant, dans ces dernières observations, la fièvre n'a cédé qu'après l'administration de la salicine pendant plusieurs et jusqu'à cinq jours. Dans un cas la salicine a triomphé d'une fièvre qui durait depuis cinq mois, et qui avait résisté au sulfate de quinine. Dans un autre enfin elle échoua, et le sulfate de quinine échoua également. La conclusion qu'on est porté naturellement à déduire de ce qui précède, est loin d'être conforme à celle de l'auteur du mémoire. Ce médecin établit que la salicine doit être prescrite à plus forte dose que le sulfate de quinine; qu'on peut commencer par 18 et 20 grains le premier jour, et l'élever ensuite à 30 et 40, et même 50 grains, sans crainte d'ac-

(1) Académie des sciences, séance du 10 mai 1830.

(2) *Gazette médicale*, tome I.er, N.o 1; 1830.

decin de l'hospice de Versailles, a fait publier, dans le nº 2 de la *Gazette scientifique de Seine et Oise* de cette année, qu'il avait guéri soixante cas de fièvres intermittentes de tous les types, sans aucune récidive, au moyen de la salicine. » Il est fâcheux que tous ces faits ne puissent pas être appréciés, car si nous jugeons de ceux que nous ne connaissons pas, par ceux dont nous possédons les détails, il est probable qu'il y a beaucoup à rabattre de l'influence attribuée au nouveau fébrifuge.

Les médecins allemands n'ont pas laissé passer inaperçue la salicine (1). Le docteur Græffe a guéri avec cette substance, des fièvres variables, sous le rapport du type et de la gravité ; mais il faut, dit-il, *la combiner souvent avec d'autres médicamens, comme l'opium, la ciguë, le bismuth*, etc. Constamment, ajoute-t-il, il faut l'administrer à une dose triple ou même quadruple de la quinine ; *malgré toutes ces précautions, elle a besoin souvent de quelques semaines* pour combattre une fièvre à accès. Il a remarqué que ce médicament a la propriété de retarder les évacuations alvines, et de faire cesser les diarrhées, et il la trouve préférable à la quinine, lorsqu'il s'agit de combattre des accès de fièvre périodiques, accompagnés de diarrhée colliquative.

Le docteur Linz a donné la salicine à la dose de 2 à 4 grains, trois fois par jour, pendant les apyrexies ; quelquefois il lui a fallu augmenter cette dose, et pour prévenir les rechutes, il a continué l'emploi du fébrifuge pendant huit, treize et même vingt jours après le dernier accès.

Le docteur Stegmeyer, à Darmstadt, a aussi étudié les effets du nouveau fébrifuge ; il l'a combiné avec l'émétique. Il en recommande surtout l'emploi dans les petites fièvres hectiques, avec redoublemens périodiques, et lorsque le malade est sujet à des évacuations qui l'épuisent, diarrhée

(1) *Gazette médicale*, tome III, p. 411.

colliquative, expectoration très-copieuse ; dans ce cas, il a donné la salicine à la dose de 2 à 4 grains, 3 à quatre fois par jour, en augmentant successivement. Toutes les fois, dit l'auteur, qu'il existe une grande irritabilité vasculaire, la salicine doit être préférée à la quinine.

Le docteur Auerbach a inséré dans un nouveau journal de médecine allemand (*Berliner medicinische Zeitung*), une note d'où il résulte que la salicine a été employée à l'institut polyclinique de Berlin et qu'elle n'a pas produit les effets qu'on en attendait.

Si la salicine possédait réellement des propriétés fébrifuges aussi énergiques que celles du sulfate de quinine, les médecins des hôpitaux de Paris ne l'auraient pas abandonnée généralement, comme ils l'ont fait. MM. Chomel, Andral, Rostan, etc., etc., après des essais comparatifs qui les ont convaincus de la supériorité du sulfate de quinine, sont revenus à ce dernier qui est administré dans les hôpitaux comme en ville, presque sans concurrence. Le professeur Lobstein a obtenu des résultats exactement semblables (1). Dans le courant de l'année 1830-1831, il a fait des essais pour constater l'efficacité de la salicine : ils ont tous eu lieu sur des sujets chez qui la maladie s'est présentée exempte de complication. Dans une première observation sur une fièvre quarte, elle a été employée à la dose de 6 grains; le malade prit en tout 258 grains. Les accès continuant avec la même intensité, paraissant même augmenter de gravité, on a eu recours au sulfate de quinine, dont 8 grains ont suffi pour mettre fin à la maladie. Le même médicament a été employé sur quatre fièvres intermittentes franches et deux fièvres larvées, sans plus de succès. L'année précédente, la salicine, employée dans trois cas de fièvre franche, avait fourni un succès douteux.

(1) *Revue des maladies qui se sont présentées à la cliniquc de Strasbourg. Archives*, janvier 1833.

Dans cet état d'incertitude où nous ont laissés les diverses expérimentations, M. Andral a commencé, au printemps de cette année, une nouvelle série d'expériences sur un certain nombre de fébricitans qui se sont présentés dans son service. Les observations que je rapporte ci-après donneront une idée des résultats obtenus. Quatre seulement de ces observations, séparées des autres, ont été imprimées dans la *Gazette médicale*, par un étudiant en médecine, qui a eu soin de ne donner que celles qui lui semblaient favorables à la salicine. Cette manière de préconiser un médicament, est loin d'être philosophique; et après tout ce qui a été dit sur ce sujet, il est étonnant qu'on retombe encore de nos jours dans une pareille faute.

Obs. Ire. — Au n° 10 de la salle S.-Léon a été couché le 6 mai 1833, un jeune homme de 21 ans, revenu depuis peu de mois d'Alger, après un séjour de deux ans et demi en Afrique, où il avait eu presque constamment une fièvre quotidienne. Cette fièvre avait été coupée fréquemment, mais seulement pour quelque temps, par le sulfate de quinine. La fièvre sembla disparoître, lorsqu'il quitta cette région. Pendant la traversée, et depuis son retour en France, il n'éprouva aucun symptôme fébrile, quoiqu'il conservât de la faiblesse et de la pâleur. Le 28 avril, sans cause connue il fut pris, à 10 heures du soir, d'un accès de fièvre dont le début fut marqué par une violente céphalalgie. Le frisson dura 10 minutes, la chaleur fut assez intense et dura quatre à cinq heures; le stade de sueur fut de courte durée et celle-ci médiocrement abondante. Cet accès se renouvella le lendemain avec les mêmes caractères, et ainsi de suite chaque jour jusqu'à celui de son entrée à l'hôpital. Ainsi cette fièvre se renouvelait en France avec le même type qu'elle avait offert en Afrique, elle n'avait du reste aucune gravité et n'offrait pour toute complication qu'un peu de douleur parfois au niveau des côtes gauches. Le 7, à la visite du matin, il se trouvait bien; peu de cé-

phalalgie; langue blanchâtre; appétit; épigastre et abdomen souples, indolens; pas de dévoiement; rien d'appréciable à la région splénique; toux rare; pouls 76, régulier; respiration 18, bruit des ventricules assez éclatant. (Orge; potion gommeuse; le quart d'alimens.) L'accès de ce jour vint également à 10 heures du soir et fut semblable aux autres, si ce n'est que la sueur et la douleur de côté furent un peu moins intenses. (même presc.) Le 8 et le 9, tout se passa de la même manière. Le 10, on prescrivit la salicine; il y avait eu alors une quinzaine d'accès presque entièrement semblables. Langue blanche; point de mauvais goût à la bouche; selles normales; état généralement satisfaisant, pouls 76, respiration 20. (Salicine, gr. VIII, en deux paquets, à une heure d'intervalle.) Dans la matinée l'accès fut retardé de quelques heures; il débuta à minuit, le frisson dura 5 à 6 minutes, la chaleur une demi-heure, et la sueur fut moins abondante qu'à l'ordinaire. Le 11, aucun trouble des voies digestives. (Salicine, gr. XII en 2 paquets dans la matinée à une heure d'intervalle.) — Il n'y eut qu'un léger frisson à 11 heures du soir, sans chaleur ni sueur. Le 12, même prescription; absence complète de fièvre. Le 13 et le 14, la salicine fut continuée à doses décroissantes; la fièvre ne reparut plus, et le malade sortit guéri, du moins pour le moment, le 17.

Obs. II. — Un couverturier, âgé de 26 ans, fut couché au n° 16 de la salle Saint-Léon, le 8 mai 1831. Il était à Paris depuis deux mois et revenait d'Alger, où il avait eu pendant plusieurs mois une fièvre intermittente, d'abord tierce, puis quotidienne, qui fut plusieurs fois coupée par le sulfate de quinine et revenait constamment au bout de 15 jours. Il sortit de l'hôpital d'Alger le 13 janvier, et s'embarqua pour la France le 24. Ce ne fut que le 4 mai que la fièvre reparut. L'accès débuta à une heure après midi par un frisson suivi de chaleur et de sueur légère. Le 5, aucun symptôme. Le 6, l'accès eut lieu à 11 heures du ma-

tin; il fut plus long et plus intense. Le 7 et le 8 l'accès fut comme le 6; le 9, il eut lieu à 1 heure et demie, la chaleur fut moins forte que les jours précédens, mais le frisson fut le même. Cet accès fut donc moins intense que ceux qui l'avaient précédé. Dans l'intervalle des accès, il est assez bien; la langue est blanchâtre; l'appétit est un peu diminué; les selles sont naturelles; toux sèche et rare; pouls 64; respiration 16. Il n'a jamais souffert dans la région splénique, cependant la rate dépasse le rebord des côtes de trois travers de doigt et remonte fort haut derrière ces mêmes côtes comme l'indique la percussion. Le 10, au matin 8 grains de salicine en une seule fois; limonade; diète. La fièvre vint à 11 heures et demie, le frisson dura une demi-heure, la sueur ne s'établit qu'à 6 heures du soir. Le 11, comme la veille, 8 grains de salicine et même prescription. La fièvre n'en fut aucunement influencée; elle se déclara à midi, le frisson dura une demi-heure, le stade de sueur commença à 10 heures du soir, et se prolongea jusqu'au lendemain matin. Le 12, on augmenta la dose de salicine; au lieu de 8 grains en un seul paquets, on en prescrivit 12 en deux paquets à prendre le soir à 9 heures, et le lendemain matin à 5 heures. Ce jour-là l'accès manqua complètement; les jours suivans, même prescription, même absence de fièvre, aucun symptôme du côté des voies digestives. Le 17, il sortit en bon état de santé.

Obs. III. — Au n° 1 de la salle Saint Thomas, a été couchée, le 20 mai 1811, une jeune fille de 17 ans, blanchisseuse à Courbevoie, réglée à 12 ans pour la première fois, et depuis toujours régulièrement. Elle s'était toujours bien portée, lorsqu'il y a environ un an, elle eut une fièvre quotidienne qui dura huit mois et fut guérie après vingt jours de traitement; en décembre 1821, cette fièvre offrait cela de remarquable que le stade de frisson était complètement nul; elle débutait tous les soirs à 7 heures, par une vive chaleur. Après quatre mois de bonne santé, la fièvre repa-

rut sous le type tierce dans les premiers jours de mai 1833. Le frisson se manifesta d'abord à 6 heures du soir, puis il a été en retardant, et lors de l'entrée de la malade, il commençait à 6 heures du matin. Le 21, à la visite, l'accès de fièvre durait depuis deux heures; voici quel était l'état de la malade : Langue sèche; soif; anorexie; épigastre et abdomen tendus et douloureux; vive douleur dans la région de la rate exaspérée par la pression; cette douleur, qui n'existait pas dans la première fièvre, ne date que de huit jours. La tension des muscles abdominaux empêche qu'on ne circonscrive la rate par le palper, mais la percussion indique qu'elle s'élève à plusieurs pouces au-dessus de sa limite ordinaire. Le pouls est à 124, la respiration à 36. Le pouls est développé, la peau est chaude. Douleur le long du sternum. La malade, qui n'a jamais été sujette à tousser, tousse depuis sa fièvre seulement; la pression sur le ventre exaspère la toux; cette toux s'accompagne d'une expectoration abondante pendant le stade de chaleur et point pendant le frisson; une inspiration forte détermine de la douleur vers la rate. Partout à l'auscultation, la respiration est forte et pure. (Pendant le stade de chaleur, une saignée de 4 palettes; limonade; potion gommeuse; diète.) La saignée a fourni un caillot très-petit, à bords relevés, recouvert d'une couenne verdâtre. Après la saignée, sueur abondante; peu de sommeil. Le 22, jour d'apyrexie, douleur à la rate comme hier; en général, même état, sauf la fièvre; anorexie; pouls 80, respiration 20. (Limon.; potion gommeuse; salicine gr. XII en 2 paquets pour ce soir à 4 heures et à 6 heures; un bouillon.) Le 23, la fièvre reparut au point du jour; après un tremblement d'un quart d'heure, la malade éprouva une sensation de froid extrême. Du reste l'accès fut semblable aux précédens, et la rate tout aussi douloureuse. (Lim.; p. g.; 25 sangsues sur la rate; un bouillon coupé.) Le 25, la fièvre débuta à trois heures du matin; le stade de frisson manqua; douleur de rate nulle;

toux moindre. (Salicine gr. XII, après l'accès.) Le 26, même prescription. Le 27, la fièvre manqua. La malade dit avoir dormi, se trouver bien; la douleur du côté n'était pas revenue; la langue était naturelle; cependant la peau était chaude; le pouls était à 88, et la respiration à 18. (Lim.; $\frac{1}{8}$ de portion.) Le 28, jour d'intermission, la fièvre a reparu à six heures du matin; la douleur du côté s'était renouvelée hier à midi. Le frisson, ce matin, a été intense; pouls 96, respiration 28, (la malade était dans le stade de chaleur.) (Lim. 20 sangsues sur la rate, diète.) Le 29 est devenu le jour d'intermission; point de fièvre, point de douleur. (12 grains de salicine pour le soir, en deux paquets.) Le 30, point d'accès fébrile; douleur de rate très-légère; langue blanche; ventre un peu ballonné; selles normales; peau chaude; pouls 72, respiration 26. La malade demande à manger. (Lim.; 12 gr. de salicine, comme hier; 2 bouillons.) Le 31, 12 gr. de salicine. Le 1er juin, état satisfaisant; 12 gr. de salicine. Le 2, quelques douleurs au côté gauche. Le 3, les douleurs n'existent plus; appétit; langue naturelle; la rate paraît encore hypertrophiée. (Lim.; 8 gr. de salicine, un quart de portion). Le 4 juin, la salicine a été prise à deux heures et à quatre heures après midi; à huit heures du soir, la fièvre est revenue; frisson d'un quart-d'heure, suivi de chaleur et de sueur peu abondante; tout était fini vers minuit. La douleur de la rate fut très-vive. Le 5, à la visite, pouls à 72, respiration à 16. (Lim.; 20 gr. de salicine à prendre en deux fois, à dix heures et à onze heures du matin; 2 bouillons.) Le 6, même prescription. La fièvre vient à trois heures après midi, sans frisson. Le 7, intermission complète; même prescription; deux soupes et deux bouillons. Le 8, à la visite, quoique la malade n'accuse point de fièvre, la peau est chaude, le pouls fébrile, à 90; respiration 20. Depuis l'entrée de cette malade, son visage n'a point encore repris l'apparence de la santé, son teint est toujours un peu jaunâtre. (20 gr. de

salicine.) Le 9, fièvre, bronchite légère. (12 gr. de sulfate de quinine en deux paquets.) Le 10, pouls, 58; toux moindre; sueurs ce matin, de trois heures à six. Au moment de la visite, peau fraîche, visage meilleur. (Lim.; 12 gr. sulf. de quinine; une soupe et deux bouillons.) Les trois jours suivans, elle prit le sulfate de quinine à doses décroissantes; son visage reprit complètement; toute espèce de douleur disparut, l'appétit revint, et elle sortit guérie le 17 du même mois.

Obs. IV° — Au n° 19 de la salle Saint-Thomas, entra le 30 mai 1833, une cantinière de l'armée d'Alger, âgée de 38 ans. Elle était de retour d'Afrique depuis le mois de mars. En juillet 1831, elle avait été atteinte, en Afrique, d'une fièvre intermittente tierce qui avait duré trois mois. En 1832, à la même époque, elle eut une fièvre quotidienne qui dura deux mois. La fièvre revint, mais irrégulièrement, pendant les quinze jours de quarantaine qu'elle fit à Toulon. Pendant les huit premiers jours qui suivirent son arrivée à Paris, elle se porta très-bien; mais après ce temps, elle fut prise d'une nouvelle fièvre double quotidienne, accompagnée de douleur au niveau de la partie postérieure et externe des dernières côtes gauches. Cette fièvre fut traitée par le sulfate de quinine, à la Pitié, et se dissipa après trois semaines de durée. Lorsque la malade entra de nouveau à l'hôpital, la fièvre existait depuis huit jours, revenant chaque matin sur les 6 heures; le frisson durait trois heures; la chaleur très-intense s'accompagnait d'une violente céphalalgie; la sueur durait près de huit heures et se prolongeait fort avant dans la nuit. Depuis 1831, des vomissemens avaient lieu dans le stade de frisson. Le 31, à la visite, la malade était au début du stade de chaleur. Céphalalgie; visage coloré en jaune; langue couverte d'un enduit blanc-jaunâtre; soif vive; anorexie; selles ordinaires; pouls 132; peau très-chaude; toux pendant le frisson; respiration pure, 36; la rate débordait un peu les

fausses côtes gauches; elle n'était pas douloureuse. (Limonade; orge; diète.) Le 1er juin, à neuf heures du matin, céphalalgie intense; agitation; pas de sommeil les nuits précédentes; le frisson qui avait commencé à l'heure ordinaire, n'était pas encore terminé; quelques mouvemens convulsifs; soif très-vive; douleur à la rate; pouls 134; respiration 40. (Orge; limonade; 20 grains de salicine en deux paquets, à quatre heures et à six heures du soir; diète.) Le 2, la malade a dormi six ou sept heures. La céphalalgie est moindre; absence de fièvre; état satisfaisant; la douleur du côté gauche est diminuée; pouls 102; respiration 22. (20 grains de salicine, comme la veille.) Le 3, amélioration notable. Le 4, la malade veut sortir. Elle est fortement soupçonnée d'avoir exagéré ses souffrances, et d'avoir simulé une partie des phénomènes observés, le 1er juin, pendant la visite.

Obs. Ve — Au no 30 de la salle Saint-Thomas, a été couchée, le 30 mai 1833, une jeune fille de 19 ans, réglée à 15 ans pour la première fois, et régulièrement depuis cette époque, habitant Versailles, à Paris depuis trois semaines. Un mois avant son entrée, elle fit une chute sur les reins, et depuis ce moment, elle souffre d'une céphalalgie frontale. Examinée le 31, elle nous apprit que, depuis huit jours, elle est atteinte d'une fièvre quotidienne débutant à six heures du soir, par un frisson qui dure deux heures; sueur jusqu'au milieu de la nuit; palpitations pendant le frisson. Depuis cinq jours, le côté gauche est un peu douloureux; langue pâle; anorexie; selles ordinaires; pouls 88; respiration 24. (Limonade; p. g.; diète.) Le 1er juin, 12 grains de salicine pour le matin. Fièvre comme à l'ordinaire. Le 2, céphalalgie; étourdissemens. (Saignée.) La fièvre ne vint qu'à minuit; elle fut moins forte et moins longue. Le 3, douleur de côté très-forte, soif très-vive. (4 pots de tisane; 30 sangsues *loco dol.*; 20 gr. de salicine en deux paquets, à deux heures et à quatre heures après-

midi.) Le 4, point de fièvre. (Salicine comme hier.) Le 5, un peu de douleur au côté. (*Id.*) Le 6, pas de fièvre; insomnie, nausées, langue pâle, humide, et un peu blanche. (Lim.; p. g. avec sirop diac. ℥ß; 12 gr. de salicine en deux paquets, comme les jours précédens; deux soupes.) Le 8, on a supprimé la salicine. Le 10, pouls, 122; respiration, 28. Douleur dans le côté gauche de la poitrine, sous la mamelle, depuis hier à trois heures. Langue pâle et grise. (Lim.; 30 sangsues *loco dol.*; un quart de portion.) Le 12, elle était très-bien, et le 17 elle sortit parfaitement guérie.

Obs. VI.° — Un fontainier, âgé de 20 ans, fut couché au N.° 6 de la salle Saint-Léon, le 31 mai 1833. Il était revenu d'Alger, depuis deux mois et demi, après un séjour de deux ans en Afrique. Pendant tout ce temps, il souffrit de fréquentes fièvres intermittentes qui furent traitées par le sulfate de quinine, les sangsues en grand nombre et la ligature. Pendant la traversée la fièvre continua et persista pendant son séjour à Paris, où elle fut coupée temporairement par le sulfate de quinine. Le frisson était souvent précédé de quelques crampes dans les membres inférieurs, et accompagné de coliques autour de l'ombilic. Ses jambes furent légèrement œdématiées pendant les accès de fièvre quotidienne qui eurent lieu à Paris. Cette fièvre avait cessé depuis quinze jours, lorsqu'elle se renouvela, sans cause appréciable, le 25 mai, sous le type quotidien, et avec tous les symptômes indiqués ci-dessus. Le frisson débutait tous les matins à onze heures, et durait deux heures; la sueur était abondante, et durait presque toute la nuit. Une douleur vive se faisait sentir vers la rate pendant le frisson, et persistait, mais avec moins d'intensité, pendant les stades de chaleur et de sueur. Depuis quatre jours, le frisson s'accompagnait de vomissemens.

Examiné le 1.er juin, le matin à la visite, il offrit l'état suivant : le stade de sueur était à sa fin. Céphalalgie, langue

rouge et collante, anorexie, soif vive, coliques légères, épigastre légèrement douloureux à la pression, constipation; pouls, 92; respiration 24. La rate ne dépassait pas le rebord inférieur des côtes; son mat dans une grande étendue de la partie latérale gauche inférieure de la poitrine. (Orge, pot. gom.; lavem.; diète.) A dix heures et demie, le frisson se manifesta, avec quelques crampes, et dura jusqu'à midi; point de nausées, douleur du côté, céphalalgie intense pendant toute la nuit, insomnie. Le 2 juin, à neuf heures du matin, visage légèrement jaunâtre, douleur dans l'hypochondre droit et à l'épigastre, céphalalgie nulle, langue rouge, bouche amère. (Même prescription.) La fièvre revint à la même heure. Le 3 juin, même accès fébrile. (20 grains de salicine en deux paquets, à sept heures et à neuf heures du soir.) Le 4, léger sentiment de froid à l'heure de la fièvre. Pas de chaleur ni de sueur. *Par oubli*, la salicine ne fut pas prescrite. Le 5, douleur de l'hypochondre et de l'épigastre nulle; pas de céphalalgie, visage moins jaune, langue blanche et humide, pas de fièvre. (12 grains de salicine en deux paquets, à sept heures et à neuf heures du soir.) Le 6, point de fièvre. (12 gr. de salicine.) Le 8, constipation, tendance continuelle au sommeil; bien du reste. (Même prescription; le quart d'alimens.) Le 10, ce malade est sorti de l'hôpital, bien portant, n'éprouvant aucune douleur vers la rate; mais quelque temps après, la fièvre s'étant renouvelée, il est rentré à la Pitié, dans le service de M. Louis où il a été guéri par le sulfate de quinine (1).

Obs. VII.e — Un cuisinier, âgé de 18 ans, entra à la Pitié le 3 juin 1833. Le malade paraissait d'une complexion peu robuste; il était sujet à de fréquentes et abondantes épistaxis, surtout en été, devant ses fourneaux. Il était tour-

---

(1) Cette observation est citée parmi les quatre dont j'ai parlé plus haut, comme un exemple de guérison par la salicine.

menté depuis trois semaines par une fièvre intermittente tierce, accompagnée de douleur dans le côté gauche, et dont le début s'était signalé par de fréquentes épistaxis. Le frisson débutait habituellement à huit heures du matin, et durait une heure. La sueur se prolongeait jusque vers trois heures après-midi. Le 5, frisson à six heures du matin; au moment de la visite, stade de chaleur; pouls, 120; respiration, 18. (Lim.; 20 gr. de salicine en deux paquets, à quatre heures et à six heures du soir.) Le 6, jour d'apyrexie, le malade se trouve bien et demande à manger. (Lim., 20 gr. de salicine comme hier, 2 soupes.) Le 7 juin, la fièvre a débuté à quatre heures et demie du matin; le frisson n'a pas été si fort; il a duré une heure. Au moment de la visite, huit heures et demie, sueur abondante; pouls, 110; respiration, 30. Toux pendant la nuit, mais avant le frisson seulement, douleur de la rate qui a disparu au moment du stade de chaleur. (20 gr. de salicine après l'accès.) Le 8, jour d'intermission, ce matin épistaxis très-abondante qui dure plus d'une heure, et s'élève à plus d'une chopine. Visage très-pâle. (Sangsues aux jambes.) Le 9, la fièvre a pris à deux heures du matin, mais elle a été très-légère; au moment de la visite, chaleur intense de la peau. Le 11, dans la nuit, frisson et légère fièvre. Le 12, jour d'intermission, salicine dans la matinée; la fièvre se déclare à six heures et demie du soir. (12 gr. de sulfate de quinine, *illicò*, en deux paquets.) Après avoir pris six grains de sulfate de quinine, il a éprouvé de la chaleur à la gorge et vers l'estomac, et des coliques qui ont persisté jusqu'à la visite du 14. Il n'a pas voulu prendre les six autres grains. Le 14, jour de fièvre, le malade attend l'accès vers trois ou quatre heures cependant il veut sortir, et rien ne peut le résoudre à rester dans l'hôpital.

Obs. VIII.° — Une domestique, âgée de 19 ans, entrée le 20 mai 1833, au N.° 30, de la salle Saint-Thomas : fièvre intermittente quotidienne, rep et diète. Guérison aussi

complète que dans les cas les plus heureux qui précèdent. Sortie le 30 mai, au bout de dix jours.

Obs. IX. — Un vitrier, âgé de 29 ans, ayant habité pendant seize mois Alger, où il a eu la fièvre presque continuellemeut, est entré, le 20 mai 1833, au N.° 25 de la salle Saint-Léon. Visage couleur de pain d'épices, fièvre quotidienne. Repos et diète. Sorti guéri le 27.

Obs. X.e — Un limonadier, âgé de 29 ans, ex-soldat à Alger ; fièvre tierce, accompagnée de quelques symptômes peu graves; tuméfaction de la rate. Repos et diète. Sorti guéri le 19 juin 1833, après un séjour à l'hôpital de quatre jours seulement, au N.° 17 de la salle Saint-Léon.

Ces observations offrent assez bien l'image de l'état de la science à l'égard de la salicine : des succès douteux et des insuccès évidens, au milieu desquels se présentent quelques faits qui semblent accorder décidément des propriétés fébrifuges à cette substance. J'ai indiqué les trois dernières observations, parce qu'il est extrêmement utile de savoir que dans trois cas, sur dix, la fièvre s'est guérie sans le secours d'aucun fébrifuge. En général, dans les faits qui précèdent, excepté un seul (*obs.* 4.e), on ne voit point la salicine exercer une action bien franche, bien évidente, comme cela a lieu presque toujours avec le sulfate de quinine, dont une ou deux doses assez légères m'ont suffi extrêmement souvent pour faire disparaître des fièvres intermittentes qui duraient depuis plusieurs mois et même plusieurs années ; ces succès étaient bien réels, car je les ai obtenus dans un pays où ces fièvres sont endémiques, sur des sujets qui ne pouvaient point, pendant leur traitement, se soustraire aux influences fâcheuses auxquelles ils étaient soumis, et dans un assez grand nombre de cas j'ai pu constater l'absence de récidive pendant un espace de temps assez long.

Dans les observations 1.re et 2.e, où la fièvre semble avoir cédé peu-à-peu à la salicine, la première dose de ce fébrifuge n'a eu à-peu-près aucune influence sur l'accès sui-

vant ; cette circonstance inspire peu de confiance pour les cas où la gravité des accès demande impérieusement un médicament dont l'action soit prompte et décisive. L'obs. 3.ᵉ est tout-à-fait défavorable à la salicine ; dans ce cas il semble qu'elle ne soit qu'à demi-fébrifuge, et que la fièvre se joue de ses propriétés peu énergiques. En effet, le jour même où la malade prend la salicine, et seulement quelques heures après, la fièvre se déclare avec autant d'intensité qu'auparavant. J'ai vu souvent les accès fébriles se renouveler en dépit du sulfate de quinine, mais ordinairement l'accès qui succède à l'administration de cè médicament est, sinon supprimé, au moins modifié d'une manière notable ; et d'ailleurs, lorsqu'une fièvre intermittente résiste au sulfate de quinine, presque toujours cela vient de ce qu'on a négligé quelque indication importante. Du reste, ici, la salicine a été vaincue par le sulfate de quinine, qui seul a pu faire disparaître la coloration jaune du visage, et guérir la fièvre définitivement. Un fait est bon à noter dans cette observation ; c'est celui de la saignée dans le stade de chaleur. Personne, que je sache, n'a encore signalé l'état du sang tiré de la veine dans cette période de la maladie, et l'on voit qu'ici le caillot était petit, à bords relevés, et recouvert d'une couenne verdâtre. Si la femme qui fait le sujet de l'observation 4.ᵉ n'a pas simulé les symptômes graves qui caractérisaient ses accès fébriles, l'action de la salicine a été décisive chez elle ; dans tous les cas cette femme est sortie trop promptement pour qu'on puisse savoir si la guérison a été solide. Dans l'observation 5.ᵉ, la salicine paraît avoir guéri, et cependant il faut faire attention qu'une saignée a été pratiquée, et tout le monde sait qu'une fièvre de la nature et du caractère de celle-ci peut très-bien céder à une simple saignée du bras. Dans l'observation 6.ᵉ, la récidive a suivi de près la guérison par la salicine, et le sulfate de quinine est venu définitivement rendre la santé au malade. Enfin, dans l'observation 7.ᵉ la

salicine a échoué entièrement; mais ce cas, qui est d'ailleurs incomplet, n'est pas tout-à-fait défavorable à la salicine, car on y voit qu'un malade, qui avait pris sans inconvénient une certaine quantité de cette substance, ne peut pas supporter quelques grains de sulfate de quinine.

De tout ce qui précède, en prenant en considération tous les avis et tous les faits pour et contre, on peut conclure:

1.° La salicine paraît posséder réellement des propriétés fébrifuges.

2.° Les propriétés fébrifuges de la salicine paraissent, jusqu'à présent, très-peu énergiques, et il est impossible d'hésiter un seul instant à donner la préférence au sulfate de quinine.

3.° On pourra employer la salicine dans les cas où un état d'irritation ou d'inflammation quelconque contr'indique l'emploi du sulfate de quinine; lorsque celui-ci aura échoué, si toutefois l'insuccès ne dépend pas de ce qu'on a négligé de remplir une indication étrangère à l'administration des fébrifuges. On l'employera encore très-bien d'après la méthode allemande, contre les fièvres hectiques à paroxysmes périodiques, et avec diarrhée abondante; ceci peut même devenir l'objet de travaux intéressans. Enfin, si dans un cas pressant le sulfate de quinine manquait, on n'hésiterait point à donner la préférence à la salicine sur tous les autres prétendus fébrifuges.

4.° Non seulement il n'est pas nécessaire, mais même il n'est pas judicieux, d'administrer la salicine dès le début à hautes doses. Six ou huit grains entre les accès, administrés d'après les mêmes principes que le sulfate de quinine, produisent des effets aussi bons et même meilleurs que des doses plus élevées; on peut, au besoin, augmenter graduellement.

5.° Sa qualité de fébrifuge indigène recommande vivement la salicine aux médecins, et surtout à ceux qui exercent dans les provinces et qui peuvent réunir un nombre

immense de faits. Mais les expérimentations doivent être faites avec de grandes précautions. On doit tenir compte de tous les faits, c'est-à-dire, de ceux où il y a eu guérison, de ceux où la guérison n'a pas été obtenue, et de ceux où la fièvre a disparu sans fébrifuges. On doit distinguer les fièvres qui n'exigent que des moyens hygiéniques, de celles qui réclament l'emploi d'un médicament réellement fébrifuge; on doit aussi prendre en considération les autres moyens thérapeutiques qui concourent avec le fébrifuge à composer le traitement, et établir, autant que possible, des essais comparatifs avec le sulfate de quinine dont la vertu n'est plus contestable, etc.

Envisagé de cette manière, l'emploi de la salicine peut rendre des services à la thérapeutique. Mais, dans un moment où cette science semble vouloir sortir de cet état d'extrême simplicité à laquelle elle a été réduite, peut-être à tort, et où l'on publie des faits qui paraissent accorder des vertus presque merveilleuses à des médicamens encore peu usités, du moins dans le sens où l'on vient de les employer, il peut être utile de rappeler aux expérimentateurs et aux praticiens, combien il est ridicule et même dangereux de se laisser enthousiasmer trop promptement pour un agent thérapeutique quelconque, et combien il serait fâcheux que nous nous laissassions aller à cette crédulité trop facile que nous avons si souvent reprochée à nos devanciers. Malheureusement encore, en médecine, nous sommes *obligés* de recourir souvent à l'empirisme; le rationalisme est un problême qui sera long-temps, sinon toujours, insoluble. Mais l'empirisme est fécond en déceptions qui le rendent extrêmement difficile à manier; et tout en recommandant les essais thérapeutiques sur la salicine, je terminerai mon travail en posant ce principe, qu'en fait de thérapeutique le scepticisme n'est jamais trop grand.

Notes sur quelques maladies de l'œsophage; par J. T. Mondière, *médecin à Loudun. (Vienne.)* (II.e article.)

Dilatations. — Les dilatations de l'œsophage peuvent être congéniales ou acquises, occuper la totalité ou une partie seulement du calibre de cet organe, enfin, avoir lieu dans les divers points de son étendue.

Dans le plus grand nombre des oiseaux, ce conduit présente deux dilatations dans lesquelles séjournent les alimens. La supérieure porte le nom de jabot et fait une saillie sensible au col de ces animaux quand elle est remplie; la seconde est située à côté du gésier dans la cavité abdominale. Cette conformation se retrouve aussi, mais accidentellement, chez plusieurs quadrupèdes et principalement sur le cheval. Nous en avons observé quelques préparations dans le musée anatomique de l'école d'Alfort, où on les désigne sous le nom *d'œsophage en jabot*. On l'a quelquefois aussi observé chez l'homme. Grashuys et Vicq d'Azyr ont rencontré cette conformation; et plusieurs des dilatations dont nous parlerons plus bas ont peut-être appartenu d'abord à une disposition naturelle, et ont ensuite été augmentées par le séjour des alimens, au point d'empêcher complètement la déglutition. N'est-ce point encore à une disposition originelle qu'il faut rapporter ce que dit Dumas (2) de l'extrémité inférieure d'un œsophage qui était renflée et formait une cavité spacieuse, de manière qu'elle imitait le premier estomac d'un animal ruminant.

Mais dans le plus grand nombre des cas, ces dilatations et surtout les latérales tiennent à un état pathologique, dont la cause, il est vrai, n'est pas toujours facile à déterminer:

(1) Article *Cas rares*, du *Dictionnaire en* 60 *volumes*. T. IV, p. 150.
(2) *Recueil périodique*, T. XXIII, p. 59.

cependant ceux qui ont observé cette altération rapportent à trois les causes qui peuvent les produire. Ce sont 1° une hernie de la membrane muqueuse de l'œsophage, à travers un éraillement de ses fibres charnues ; 2° le séjour prolongé de corps étrangers lourds et peu volumineux ; 3° enfin un obstacle quelconque à la déglutition, soit que cette dilatation tienne alors à l'accumulation des alimens, ou à des efforts répétés pour avaler.

Nous ne connoissons aucun fait qui démontre d'une manière positive l'influence de la première cause énoncée, et Monro (1) lui-même paraît l'avoir admise uniquement par analogie avec ce qu'on observe quelquefois pour les intestins et surtout pour la vessie. Il pense que, par suite d'une forte contraction spasmodique des fibres musculeuses de l'œsophage, la membrane muqueuse peut faire hernie à travers quelques-uns de leurs faisceaux, et former ainsi une poche plus ou moins considérable. Le Dr. De Guise (2) attribuait aussi ces prolongemens sacciformes à une hernie que fait la muqueuse à travers les fibres musculaires, dans les efforts de la déglutition, et c'était par là qu'il expliquait pourquoi ils existaient plus fréquemment à la partie inférieure du pharynx et supérieure de l'œsophage. On voit, dit ce médecin, qui a représenté un cas de cette espèce observé, sur un cheval, aux parties latérales de l'œsophage, un appendice sacciforme du volume d'un gros œuf, formé par le prolongement de la membrane interne qui a passé à travers un écartement des faisceaux musculaires de ce canal. Nous devons dire qu'il ne paraît pas que l'auteur se soit assuré par la dissection de la disposition exacte des parties.

L'action de la seconde cause est au contraire mise hors de doute par un assez grand nombre de faits. Déjà, dans un

---

(1) *Morbid anatomy of the Gullet, stomach, and intestines.* Edinbourg, 1811 ; *in*-8.°

(2) *Dissertation sur l'anévrysme, suivie de propositions médicales.* Paris, an XII, in-4.°, fig., N.° 252.

ses du cancer de l'œsophage, et qui se livra pendant longtemps à de violens efforts de déglutition, Littre (1) trouva que le pharynx avait ses parois plus fermes et plus épaisses, et sa cavité plus ample qu'à l'ordinaire, et remarqua à la partie inférieure de cette cavité quatre manières de sacs membraneux, de figure cylindrique, ouverts par en haut et fermés par en bas. Si, comme nous l'avons déjà fait plusieurs fois, nous invoquons encore ici l'analogie, nous verrons que le rectum peut, par suite d'efforts faits pendant la défécation, alors que la partie inférieure de cet intestin est rétrécie, présenter des dilatations semblables à celles de l'œsophage. Les faits de cette nature ne sont pas rares, et le suivant est précieux sous ce rapport. Dans sa séance du 13 janvier 1816, M. Trappe (2) soumit, à l'examen de l'Athenée de médecine de Paris, un rectum qui présentait un rétrécissement considérable à sa partie inférieure, et au dessus de ce rétrécissement plusieurs excavations très-profondes, formées par la dilatation partielle des tuniques intestinales, et remplies de matières fécales dures. Une de ces cavités accidentelles avait près de trois pouces de longueur, et sa forme était exactement comparable à celle d'un doigt de gant.

En parlant des symptômes qui accompagnent ordinairement les rétrécissemens organiques de l'œsophage (3), nous avons dit que souvent toute la partie située au-dessus du point rétréci se dilatait plus ou moins, et nous avons cité plusieurs observations d'après MM. Cassan et Purton. En continuant nos recherches sur le sujet qui nous occupe depuis plusieurs années, nous avons trouvé un autre fait qui nous paraît devoir être attribué à la même cause. Un seigneur de Berne, dit Collomb (4), me consulta sur une ma-

(1) *Collection académique*, partie française. T. IV, p. 371.
(2) *Bibliothèque médicale*. T. LI, p. 351.
(3) *Archives de Médecine*. T. XXV, p. 362.
(4) *OEuvres médico-chirurgicales*. Lyon, 1798; in 8.°, p. 307.

ladie très-rare, dont il était attaqué depuis environ un an. Cette maladie consistait dans la dilatation et l'élévation considérable des deux côtés du cou, causées par le séjour dans le pharynx, des alimens qu'il prenait pour nourriture. Il les regorgeait tous les quatre ou cinq jours, et son cou reprenait alors son état naturel : et, chose remarquable, le malade n'avait presque pas maigri, il avait encore à peu près ses forces accoutumées et des couleurs naturelles; circonstances qui viennent prêter appui à ce que nous avons dit précédemment (1): savoir, qu'il peut s'opérer une sorte de digestion dans la portion de l'œsophage ainsi dilatée.

Pour tâcher d'éclairer autant que possible le diagnostic, si obscur encore, de l'affection qui nous occupe, nous dirons que la puanteur de l'haleine, la gêne de la déglutition, et la rumination dépendent quelquefois d'une dilatation de l'œsophage. Mr. Roennow (2) rapporte qu'à l'ouverture d'une personne qui avait l'haleine fétide, il trouva à la partie supérieure et dans les parties latérales de ce canal, des espèces de poches qui contenaient des restes d'alimens d'une puanteur excessive. J. Grash (3) rencontra la même altération sur une personne qui avait présenté des symptômes variés dans la déglutition, et qui n'auraient jamais pu être conçus sans la dissection. Enfin M. De Guise (4) dit avoir été consulté pour Mr. P... qui depuis quinze ans éprouvait, après avoir mangé, une sorte de rumination qui ramenait à la bouche une partie des alimens qu'il avait pris. Il fut enfin attaqué de douleurs et de difficulté très-grande dans la déglutition, et mourut dans l'émaciation la plus grande. A l'ouverture du cadavre, on trouva sur la partie latérale de l'œsophage un sac membraneux qui communiquait avec la cavité de ce conduit, dans lequel les alimens s'introdui-

(1) *Archives de Médecine.* T. XXV, p. 307.
(2) *Ancien Journal.* T. LXV, p. 103.
(3) *Act. nov. cur.* T. VI, oles. 73.
(4) *Loc. cit.*

saient, et qui, par sa forme, sa position, sa direction et sa distension, comprimait l'orifice supérieur de l'estomac, et empêchait l'entrée libre des alimens.

Inflammation folliculeuse. — Ce que le raisonnement et plus encore l'analogie avaient depuis longtemps fait admettre comme possible, a été prouvé de la manière la plus évidente par l'anatomie pathologique. On sait aujourd'hui que les follicules muqueux peuvent être le siége d'un travail morbide, sans que les tissus qui les entourent y participent, de même que nous voyons tous les jours les cryptes de la peau, qui sont à cette membrane ce que les follicules sont aux muqueuses, s'enflammer, suppurer, sans que la peau, sans que le tissu cellulaire, au centre duquel ils se trouvent placés, en reçoivent la moindre influence. Les recherches de Wagler et de Rœderer n'ont-elles pas appris que la fièvre dite *muqueuse* est due à une affection isolée des follicules de l'estomac et de l'intestin grêle? N'est-il pas démontré aujourd'hui que l'ensemble des symptômes, auquel on donne le nom de *fièvre grave*, *fièvre typhoïde*, reconnait pour cause une altération particulière des glandes de Peyer et de Brunner?

Considérons donc les follicules muqueux comme des organes distincts, isolés, sentant à leurs manières, ayant leurs maladies propres, et voyons quels symptômes fait naître l'inflammation de ceux de l'œsophage, et quels changemens elle apporte dans leur organisation.

Les symptômes sont toujours fort obscurs : ce qui tient à ce que rarement l'inflammation folliculeuse se borne à l'œsophage, et qu'elle ne développe aucune sympathie. Toutefois on a observé que les malades éprouvaient de la chaleur, de la gêne dans le trajet de l'œsophage; la déglutition est toujours douloureuse, quelquefois même impossible : mais un signe qui a été observé par Darluc, Lavirotte, Wagler, Rœderer et Billard, c'est un vomissement fréquent et une expuition continue de glaires et de

mucosités épaisses et filantes que les malades rejettent avec beaucoup de peine.

Essaierons-nous de déterminer sous quelle influence se développe la phlegmasie des follicules? Ici tout est obscurité. Dirons-nous qu'elle reconnaît les mêmes causes que celles qui font naître l'exaltation des propriétés vitales des vaisseaux capillaires sanguins? Mais il resterait encore à rechercher pourquoi les mêmes causes font naître l'une ou l'autre de ces phlegmasies, et presque jamais en même temps. Avouons donc notre ignorance à cet égard, et contentons-nous de rechercher dans quels cas on a rencontré l'affection des follicules muqueux de l'œsophage.

Dans un mémoire publié en 1821, M. Grimaud (1) dit que la rage n'est qu'une phlegmasie folliculeuse très-étendue. Ce médecin ne développe pas sa proposition : et quoique nous ne connaissions pas les faits sur lesquels il s'appuie, nous pouvons lui opposer à l'avance que, dans beaucoup de cas, on a trouvé une inflammation de presque tous les cryptes muqueux, sans qu'il se fût manifesté aucun symptôme d'hydrophobie, et que, dans d'autres circonstances non moins nombreuses, les recherches les plus minutieuses n'ont fait découvrir aucune trace d'inflammation, même la plus légère.

Toutefois, il est vrai de dire qu'il n'est pas très-rare d'observer, chez ceux qui succombent à la rage, un état phlegmasique des follicules muqueux de l'œsophage : Darluc, Lavirotte, Andry (2), Portal (3) et beaucoup d'autres après eux, les ont vus plus développés, plus volumineux et comme farcis d'une lymphe écumeuse, dont une couche épaisse tapissait, dans quelques cas, la face interne du conduit œsophagien. Darluc (4) rapporte que chez une jeune fille

(1) *Journal complémentaire*. T. XI, p. 231.
(2) *Recherches sur la rage*. Paris, 1779, in-8.°
(3) *Observations sur la rage*. Paris, 1787; in-8.°
(4) *Ancien Journal*. T. III, p. 189.

qui succomba à la rage, il trouva l'estomac et l'œsophage tapissés de glaires verdâtres, toutes les glandes muqueuses de l'œsophage fort tuméfiées, et son orifice supérieur si resserré vers l'arrière-bouche, qu'à peine pouvait-on y introduire un stylet. Mais de ces faits plus ou moins nombreux, faut-il conclure, avec M. Grimaud, que la rage consiste essentiellement dans une altération des follicules muqueux ? Non, sans doute ; la seule conclusion raisonnable que l'on puisse en tirer, c'est qu'il existe divers états pathologiques, qui, comme nous l'avons dit dans un travail précédent, peuvent quelquefois être accompagnés de l'ensemble des symptômes désignés par le nom de *rage :* et encore plusieurs d'entre eux pourraient, avec quelque raison peut-être, être considérés comme effet et non comme cause de cette terrible maladie.

Dans le croup (1), on rencontre encore assez souvent cette même altération des follicules muqueux de l'œsophage, surtout à sa partie supérieure ; alors la membrane interne est d'un gris pâle.

Rœderer et Wagler (2) l'ont observée quelquefois dans l'épidémie de Gottingue. C'est surtout vers la partie supérieure de l'œsophage que ces médecins ont vu les follicules muqueux, tantôt engorgés et remplis de mucus épais, tantôt vides, aplatis et présentant à leur centre une ouverture plus grande qui pénétrait dans leur cavité. Chez des enfans qui avaient succombé à des gastro-entérites aiguës ou chroniques, M. Denis (3) a trouvé les follicules de l'œsophage très-développés, sans que la membrane muqueuse offrît la moindre injection : ils formaient, dit cet auteur, des petites tumeurs d'où on faisait sortir, par la pression, une

---

(1) Grimaud, *loc. cit.* — Desruelles, *Traité du croup*. Paris, 1824. in-8.°

(2) *Traité de la maladie muqueuse*. Paris, 1806 ; *in*-8.°

(3) *Recherches d'anat. et de phys. pathologiques sur plusieurs maladies des enfans nouveau-nés*. Paris, 1826 ; in-8.°

matière blanche, pultacée et semblable à celle des melicéris.

L'observation suivante, rapportée par Billard (1), prouve que les affections de l'appareil folliculeux peuvent se développer pendant la vie intra-utérine. Deher entre à l'hospice des Enfans-Trouvés, le 26 mars. Cet enfant, du sexe masculin, portant encore son cordon ombilical mou, frais et récemment lié, est apporté le 26 au matin. Il a déjà taché ses langes de méconium; il vomit des matières glaireuses; a le cri faible, la face rouge et grippée, et les extrémités froides : cependant il est doué d'une assez forte constitution. Il meurt dans la nuit du 26 au 27. L'ouverture du cadavre est faite vingt heures après la mort. On trouva la bouche et le pharynx très-injectés. Il existe en outre, tout le long de l'œsophage, une quantité considérable de follicules mucipares très-développés, et qui, pour la plupart, sont environnés à leur base d'un cercle rouge beaucoup plus vif que la rougeur générale et violacée que présente la paroi du pharynx et de l'œsophage. Quelques-uns de ces follicules commencent à s'ulcérer au sommet, qui présente une déchirure jaunâtre très-superficielle. La même altération se rencontre au même degré dans l'estomac, qui renferme des matières d'une couleur bistre et d'une consistance muqueuse.

Enfin n'est-ce point à cette même affection des follicules, mais beaucoup plus avancée, qu'il convient de rapporter les ulcérations que M. Louis (2) a rencontrées dans l'œsophage, chez quelques-uns des malades qui ont succombé à la *fièvre typhoïde?* L'observation précédente vient, ce nous semble, à l'appui de cette opinion.

---

(1) *Traité des maladies des enfans nouveau-nés.* Paris, 1828, in-8.°, p. 275.

(2) *Recherches sur la gastro-entérite.* Paris, 1829; 2 vol. in-8.° T. I.er, p. 169.

Inflammation pseudo-membraneuse. — L'inflammation de la muqueuse œsophagienne, revêtant un caractère spécial, peut déterminer la formation d'une fausse membrane. Tantôt cette inflammation plastique débute par l'œsophage, et n'envahit que cet organe; tantôt, au contraire, elle n'est qu'une expansion d'une altération semblable du pharynx et des tonsilles, nous voulons dire de l'angine couenneuse ou diphthérite.

L'inflammation plastique débutant par l'œsophage est assez rare. M. Cruveilhier (1) dit qu'il a trouvé, parmi les observations de M. Dupuytren, un exemple très remarquable d'une inflammation de l'œsophage, terminée par la formation d'une fausse membrane qui tapissait ce canal dans toute sa longueur. Le docteur Henning (2), de Zerbts, rapporte que la servante d'une maison tomba malade en même temps que quatre enfans, qui furent atteints de scarlatine: aucune trace d'éruption extérieure ne se présenta chez elle; mais elle éprouva un ensemble de symptômes très-graves et qui indiquaient que la maladie s'était, pour ainsi dire, concentrée sur les parois de l'œsophage. Cependant, à l'aide de moyens convenables, la déglutition et la possibilité d'ingérer se rétablirent vers le septième jour. Le huitième, la malade éprouva un chatouillement des plus pénibles dans l'œsophage; ce chatouillement détermina une toux violente et continuelle qui persista jusque vers le dixième jour. A cette époque, les règles ayant paru, l'amélioration fut rapide, et la malade excréta par la toux une grande quantité de débris membraneux, pareils à ceux que l'on remarque lorsque, dans cette maladie, la desquamation de la peau a lieu.

Peut-être conviendrait-il de rapprocher de ces deux

---

(1) *Essai sur l'anatomie pathologique.* T. I.er, p. 146.
(2) *Bibliothèque médicale.* T. LVIII, p. 384.

faits ceux rapportés par Winslow (1), Bleuland (2), et enfin celui de Mathias Jacobæus (3), qui raconte qu'un homme fut, pendant deux ans, tourmenté d'une dysphagie qui cessa après qu'il eut rendu par l'anus une fausse membrane venant de l'œsophage.

Le croup peut-il se compliquer de la formation d'une fausse membrane dans l'œsophage. Les recherches que nous avons faites à ce sujet, dans les ouvrages qui traitent *ex professo* de cette matière, nous ont conduit à conclure que, toutes les fois que l'œsophage se trouvait à l'intérieur tapissé d'une fausse membrane plus ou moins analogue à celle qui obstruait les voies aériennes, il y avait eu complication du croup avec l'angine couenneuse, c'est-à-dire que l'inflammation plastique avait débuté par le pharynx, et s'était de là étendue dans le larynx, la trachée et l'œsophage : telles sont, entre autres, les observations rapportées par Rechou (4) ; celles de MM. Grimaud (5), Chomel (6), Horteloup (7), Andral (8), etc., etc.

Tantôt la fausse membrane n'atteint que la partie supérieure de l'œsophage ; tantôt toute sa face interne en est recouverte ; d'autres fois on la voit s'interrompre dans le milieu de ce conduit, pour reparaître vers le cardia, occuper une partie ou la totalité de l'estomac; enfin elle peut être étendue en nappe ou disséminée par plaques. Au dessous d'elle la muqueuse de l'œsophage, tantôt apparaît

---

(1) *Mém. de l'Académie des sciences*; *pour* 1712; et *Collection académique*, partie franç. T. III, p. 550.

(2) *Observationes anatomico-medicæ de sanâ et morbosâ æsophagii structurâ.* Lugd.-Batav., 1885, in-4.°, fig., p. 19.

(3) Bartholini, *Act. med.*, p. 212.

(4) *Recueil périodique.* T. XXII, p. 3.

(5) *Journal Complémentaire.* T. XI, p. 235.

(6) *Archives de Médecine.* T. IV, p. 23.

(7) *Observ. de croup chez l'adulte.* Thèse. Paris, 1828; in-4.°, N.° 53, Obs. II.

(8) *Anatomie pathologique.* T. II, p. 161.

saine, tantôt offre, soit dans toute son étendue, soit par place, la rougeur propre à la diphthérite.

Il est difficile, pour ne pas dire impossible, d'assigner aucun symptôme qui puisse, nous ne dirons pas caractériser, mais seulement faire présumer que l'inflammation diphthéritique a envahi le tube œsophagien : les symptômes auxquels donne lieu l'affection du pharynx et des voies aériennes masquent ceux que l'on pourrait remarquer du côté de l'œsophage. *A priori*, on pourrait penser que la gêne de la déglutition devrait être plus grande, et les vomissemens plus fréquens, et cependant, il n'en est rien. En effet, dans un cas observé par M. Bretonneau (1), la fréquence des vomissemens avait fait naître le soupçon que la phlegmasie diphthéritique s'était propagée du pharynx à l'œsophage, et peut-être à l'estomac ; mais ces conjectures furent démenties par l'autopsie cadavérique.

Quant à l'inflammation plastique débutant par l'œsophage, les observations que nous possédons sur ce point sont trop incomplètes pour que nous essayions d'en tracer le diagnostic.

Paralysie. — La paralysie de l'œsophage, que Galien désignait sous le nom de *Gulæ imbecillitas*, peut être passagère ou de très-longue durée, selon la nature des causes qui l'ont produite, comme va le prouver l'étude de ces dernières.

Parmi les causes qui peuvent produire passagèrement l'espèce de dysphagie que nous étudions, nous mettrons, avec les auteurs, les affections vives de l'ame, l'abus des liqueurs alcoholiques, un principe rhumatismal, l'usage répété de certains gargarismes, comme ceux dans lesquels entre l'acétate de plomb, etc. Sans doute, il est difficile d'établir le rapport qui peut exister entre ces divers agens

---

(6) *Des inflammations spéciales du tissu muqueux*. Paris 1826 ; in-8.°, fig., p. 163.

et l'effet qu'ils produisent quelquefois ; mais est-il plus aisé de déterminer comment agit un courant d'air frais, alors qu'il produit la paralysie partielle de la face ? Non, sans doute : cependant, l'expérience a, nombre de fois, confirmé l'influence de cette cause sur cette dernière maladie.

Les causes qui donnent lieu à une paralysie durable de l'œsophage, sont toutes celles qui agissent directement sur les nerfs qui se distribuent à ce canal.

Les expériences que l'on a faites, à diverses époques de la science, pour déterminer l'influence des nerfs pneumo-gastriques sur la respiration, ont depuis longtemps démontré que leur section entraîne la paralysie de l'œsophage. Ainsi, Baglivi (1), après avoir fait la section des deux nerfs vagues sur un chien, observa, en le disséquant douze jours après, que tous les organes étaient sains ; mais que l'œsophage était rempli, dans toute sa longueur, d'alimens pris auparavant, de sorte qu'il était énormément distendu. Presque en même temps, Valsalva (2) et, depuis, un grand nombre d'expérimentateurs, répétant ces vivisections, arrivèrent aux mêmes résultats. Entre autres, Dupuy (3), professeur à l'école d'Alfort, qui s'est livré un grand nombre de fois à ces expériences, dit : « Si on fait la trachéotomie avant de comprimer, lier ou couper les nerfs pneumo-gastriques, l'animal ne périt que six à sept jours après la section : il continue à boire et à manger ; mais les alimens retombent bientôt, après avoir été écrasés, par l'ouverture de la trachée-artère. Les phénomènes les plus remarquables qui avaient été rapportés par les autres physiologistes expérimentateurs, c'était de trouver l'œsophage ainsi que l'estomac remplis d'alimens ; mais les mouvemens de l'œsophage

(1) *Opera omnia. Diss. oct. de obs. anat. et pract. varii argumenti.* Exp. 7 et 8, p. 676. *Lugd.* 1710.

(2) *Bibliothèque médicale.* T. XL, p. 7.

(3) *Bibliothèque médicale.* T. LV, p. 370.—*Voyez* aussi *Archives de Medecine*, T. II, p. 485 ; et T. VII, p. 474.

sont aussi paralysés par la section de ces nerfs, ce dont il est facile de s'assurer en mettant l'œsophage à découvert; car, si on fait boire l'animal, on n'aperçoit aucun mouvement dans la membrane charnue de l'œsophage : il se déplace seulement, lorsque l'animal change la position de sa tête. »

De ces faits fournis par la physiologie expérimentale, il est facile de conclure que toute lésion qui affectera les nerfs pneumo-gastriques dans la portion cérébrale d'où ils naissent, ou bien dans leur trajet, devra produire le même effet. C'est positivement ce que l'observation a démontré : ainsi le docteur Kœhler (1) a vu la paralysie de l'œsophage produite par des tubercules pulmonaires qui comprimaient les nerfs qui concourent à la déglutition. MM. Rolando et Gallo (2) l'ont attribué dans un cas au tiraillement des nerfs pneumo-gastriques. Wepfer (3) rapporte une observation d'apoplexie où cette paralysie entraîna la mort du malade. Le même auteur cite plusieurs observations analogues, et depuis l'expérience a souvent confirmé l'influence de cette cause (4). Le professeur Wilson (5) a vu cette paralysie produite par un gonflement considérable des vertèbres cervicales, dû à une cause syphilitique; M. Larrey (6) par un coup de lance qui pénétra dans le lobe postérieur de l'hémisphère gauche du cerveau, à deux pouces et demi de profondeur, et *sans doute* jusqu'au centre ovale de Vieussens. M. Flandin (7) rapporte un cas où cette paralysie

---

(1) *Bibliothèque médicale*. T. XXXIV, p. 128.
(2) *Archives de Médecine*. T. XX, p. 228.
(3) *Historiæ apoplecticorum*. Venetiis, 1757, in-8.°, p. 376, obs. 13.
(4) Voyez *Bibliothèque médicale*. T. XXX, p. 152. — *Archives de Médecine*. T. XXVI, p. 532. — *Ancien Journal*. T. XXVIII, p. 542; et les *Traités sur l'apoplexie*.
(5) *Recueil périodique*. T. XLV, p. 53.
(6) *Recueil de mémoires de chirurgie*. Paris, 1821, in-8.°
(7) *Journal hebdomadaire*, 1831, N.° 41.

dépendait évidemment d'une affection cérébrale : il s'agit d'un homme ayant tous les attributs de la constitution apoplectique, et qui, voulant avaler un verre d'eau sucrée, en fut empêché par un spasme subit de la gorge. Un médecin appelé aussitôt fit une large saignée, et prescrivit des bains de pieds sinapisés. Le soir la saignée fut réitérée, et cependant il survint dans la nuit des contractions des muscles du côté gauche de la face, avec embarras dans la parole et paralysie incomplète du mouvement et du sentiment : l'œsophage était complètement paralysé. Dans ce cas on se servit avec avantage de la sonde œsophagienne, et le malade guérit. Dans une observation présentée à l'Académie de Médecine par M. Montaut (1), cette paralysie fut produite par un kyste hydatique développé à la base du crâne.

Il n'est pas rare de rencontrer cette affection chez les aliénés, et elle produit souvent l'asphyxie, en raison des alimens qui peuvent séjourner dans le tube pharyngo œsophagien, ou passer dans la trachée-artère « Aussi, dit M. Esquirol (2), un aliéné paralytique tombe-t-il en syncope pendant qu'il mange, il faut avoir présent à la pensée que cet état peut être causé par la présence des alimens qui ne peuvent arriver jusqu'à l'estomac, et il arrive quelquefois, dans les maisons destinées au traitement de ces malades, que le médecin fait cesser ces accidens graves en débarrassant le pharynx ou l'œsophage des alimens qui y sont retenus. Il est peu d'années où nous n'ayons pas d'accidens semblables dans la maison de Charenton. »

Enfin on l'observe assez fréquemment dans les *fièvres ataxiques* et *adynamiques* (alors elle est un symptôme fâcheux), et aux dernières périodes de beaucoup de maladies, alors que l'innervation est éteinte. Le docteur Krue-

---

(1) *Archives de Médecine*. T. XXXI, p. 434.

(2) *Rapport statistique sur la maison royale de Charenton*, dans *Annales d'hygiène publique*, etc. 1829, N.° 1, p. 141.

ger (1) l'a vue produite par une longue abstinence chez un homme qui se laissa mourir de faim; Monro (2) dit qu'elle est quelquefois la suite de la fièvre jaune; et Desault (3) rapporte l'observation suivante: Dans le mois d'avril 1786, un malade couché dans la salle Saint-Charles, et affecté d'une fièvre putride, fut tout-à-coup saisi d'une difficulté d'avaler, telle que rien ne pût parvenir à l'estomac. L'infirmier, craignant qu'il n'eût mangé quelque corps trop volumineux, alla chercher le chirurgien de la salle, qui, n'apercevant rien dans le pharynx, voulut donner quelques fluides à boire au malade; ils revinrent aussitôt par les narines, et pas une goutte ne penétra dans l'estomac; indice probable de l'affection des muscles du pharynx, que la maladie avait momentanément paralysés. Appelé auprès de ce malade, Desault introduisit la sonde dont il se servait en pareil cas. Cet instrument permit facilement le passage des alimens, fut laissé en place, et donna au médecin, libre de toute crainte du côté de la déglutition, le temps de traiter la maladie et d'en obtenir la complète guérison.

La paralysie de l'œsophage survient souvent d'une manière subite. Pendant les efforts pour avaler, le corps des malades est agité, et quelquefois fortement convulsé: si cette paralysie est incomplète, ils éprouvent seulement de la difficulté à avaler les corps d'un petit volume, et réussissent quelquefois à faire pénétrer dans l'estomac des substances solides, et même des liquides en certaine quantité à-la-fois, pourvu qu'ils les jettent d'un seul coup et promptement; mais ils ne peuvent, ou qu'avec beaucoup de peine, avaler les mêmes substances lentement ou en petite quantité: le malade de M. Montaut, qui n'avait cependant

(1) *Journal complémentaire*. T. X, p. 87.

(2) *Morbid Anatomy of the Gullet*, etc., p. 36.

(3) *OEuvres chirurgicales*. Paris, 1801, in-8.°; 2 vol., fig., T. II, p. 291.

qu'une paralysie incomplète, passait des heures entières pour avaler, en l'attirant par succion, une cuillerée de bouillie, la seule nourriture qu'il aimât; tandis que Van-Swiéten (1) a vu des malades qui avalaient aisément les liquides lorsqu'ils en prenaient rapidement une quantité assez grande; et Portal (2) en a observé un qui avait la plus grande peine à avaler de la semouille, du riz, etc., et qui avalait facilement du pain sec ou seulement trempé dans du bouillon. Quelquefois les malades sont obligés, pour faciliter le passage du bol alimentaire dans l'estomac, d'avaler un liquide après chaque bouchée. Hoffmann (3) a vu un cas de cette espèce, et un de nos collègues de Paris, M. Taiger, nous a souvent parlé d'une femme à laquelle il donnait des soins, et qui, atteinte depuis plus d'une année d'une paralysie de l'œsophage, était obligée de boire chaque fois qu'elle voulait avaler quelque chose de solide.

Lorsque la paralysie est complète, la déglutition est tout-à-fait impossible, et malgré les efforts et les tentatives que font les malades pour avaler, le bol alimentaire s'arrête à la partie supérieure de l'œsophage et même dans le pharynx; delà il peut passer dans les voies aériennes : il détermine alors de la toux, la suffocation et même l'asphyxie, ou bien il est chassé, dans l'expiration, par la bouche et par le nez. Il y a quelquefois des vomissemens; c'est ce qu'ont observé MM. Breschet et Milne Edwards (4), à la suite de la section des nerfs de la huitième paire. Lorsque ces expérimentateurs faisaient passer un courant électrique par les bouts des nerfs divisés, les vomissemens n'avaient plus lieu. Dans ces cas on observe quelquefois un écoulement abondant de salive, qui tient à ce que les malades ne

(1) *Aphorism.* T. III, p. 349.
(2) *Anatomie médicale.* T. IV, p. 536.
(3) *Consult. et respon. cent.* 1734, in-4.° T. I.er, p. 304.
(4) *Archives de Médecine.* T. VII, p. 198.

peuvent même pas avaler ce liquide. Wilson (1) et Collomb (2) ont observé ce symptôme.

Le plus souvent les causes de la paralysie échappent aux investigations du médecin, aussi le traitement est-il presque toujours entièrement empirique. Dans les cas, au contraire, où il est possible de remonter à la cause première du mal, les indications thérapeutiques se trouvent positivement fixées. Ainsi dans un cas de syphilis invétérée où, entre autres symptômes graves, existait une paralysie de l'œsophage que le Docteur Wilson (3) attribua à une exostose considérable de la partie supérieure de la colonne vertébrale, comprimant les nerfs pneumo-gastriques, ce praticien eut, avec le plus grand succès, recours à un traitement anti-vénérien; sous son influence, les exostoses des jambes, le gonflement des vertèbres et les autres symptômes disparurent bientôt, et le malade ne tarda pas à recouvrer la faculté d'avaler.

Parmi les moyens qui comptent quelques succès, il faut mettre en première ligne les excitans de toute sorte, et surtout l'électricité. Monro a, par ce dernier moyen, guéri plusieurs malades. Nous citerons le fait suivant (4) : Un officier, à son retour des Indes occidentales, où il avait eu deux fois la fièvre jaune dans le cours d'une année, consulta l'auteur pour une difficulté dans la déglutition. Il avait beaucoup maigri, perdu en partie la faculté d'avaler, et était devenu si irritable, que les efforts de la déglutition produisaient chez lui une violente agitation, et quelquefois des accès hystériques. Une partie seulement des alimens qu'il essayait d'avaler, passait dans l'estomac, le reste était immédiatement rejeté par la bouche et par le nez. Une sonde fut facilement passée à travers l'œsophage; mais occasionna beaucoup de gêne au malade. On eut recours aux lavemens

---

(1) *Recueil périodique*. T. XLV, p. 453.
(2) *Loc. cit.*, p. 31.
(3) *Recueil périodique*. T. XLV, p. 453.
(4) *Loc. cit.*, p. 290.

nourrissans, et par-là on le soutint pendant quelque temps. On employa aussi l'électricité, et sous son influence la déglutition devint beaucoup plus facile. Pendant quelque temps toutefois, ce ne fut que pendant qu'il était assis sur le tabouret électrique que le malade put avaler. L'emploi de l'électricité fut continué pendant quatre mois, et par ce moyen aidé d'un exercice convenable et des bains froids on obtint une guérison complète.

On n'obtient pas toujours de l'électricité des résultats aussi favorables, et même Portal (1) et Collomb (2) l'ont vue déterminer des accidens qui forcèrent d'y renoncer.

Les excitans administrés sous toutes les formes ont réussi dans un cas rapporté par Sédillot (3). « Une demoiselle âgée de vingt-trois ans, d'une constitution molle, sujette à la leucorrhée, ayant ses menstrues régulièrement, mais en petite quantité, me consulta (c'est M. Sédillot qui parle) à l'occasion d'une maladie des organes de la déglutition, qu'elle éprouvait depuis quinze jours. Cette affection se caractérisait par les symptômes suivans : Impossibilité absolue d'avaler les alimens liquides, ou ceux ayant la consistance de bouillie, dont la déglutition ne se faisait que par des efforts presque convulsifs et extrêmement fatigans; impuissance, par conséquent, de prendre une quantité suffisante de nourriture, d'où amaigrissement, pâleur du visage, voix éteinte, et diminution sensible des forces. La luette et le voile du palais paraissaient pendans et sans ressort, ils semblaient être entraînés vers le pharynx par une force d'inertie que partageaient les muscles constricteurs de cet organe. La maladie jusqu'à cette époque n'avait pas été reconnue : on l'avait traitée empiriquement et sans succès par les vomitifs, les émolliens et les anodins. La malade

(1) *Loc. cit.* T. IV, p. 536.
(2) *Loc. cit.*, p. 31.
(3) *Recueil périodique*. T. XL, p. 181.

fut examinée par MM. Bousquet, Bodin, Arrachart, Sédillót aîné, Roux, Nacquart et Ané, qui reconnurent l'existence des phénomènes qui viennent d'être exposés. Nous prescrivîmes le traitement suivant : application d'un large vésicatoire à la nuque, frictions, réitérées plusieurs fois par jour, avec un liniment composé de deux gros d'ammoniaque et de deux onces d'huile d'amandes douces ; usage fréquent d'un gargarisme d'eau chargée d'une forte dose de moutarde en poudre ; usage à l'intérieur de la même liqueur, prise par gorgée, régime analeptique dont un vin généreux faisait partie essentielle. Cette méthode de traitement eut l'effet desiré ; l'action des parties s'est rétablie par degrés, et quinze jours suffirent à la cure. Cependant la luette et le voile du palais paraissaient encore à cette époque conserver du relâchement. Le traitement fut continué à quelques modifications près, et suivi d'un plein succès. »

Déjà un nommé Lœfler (1) avait proposé de traiter cette paralysie en touchant le fond du pharynx avec un plumasseau trempé dans la teinture de cantharides ; et le docteur Coze, qui le premier eut l'heureuse idée d'appliquer les médicamens sur le derme dénudé, et qui peut être considéré comme l'inventeur de cette méthode thérapentique, proposa en 1819 (2), de traiter les paralysies du pharynx et de l'œsophage, en appliquant un vésicatoire sur les parties antérieure et latérales du cou, de faire suppurer cette exutoire, et de le panser avec un onguent dans la composition duquel entrerait l'extrait alcoholique de noix vomique, à la dose de un à deux grains les premiers jours.

Lorsque la déglutition est complètement ou presque complètement suspendue, il faut soutenir les malades, non au moyen des lavemens nourrissans, qui sont toujours insuffi-

(1) *Journal de Hufeland.* T. III, p. 697.

(2) *Remarques sur la noix vomique considérée comme médicament.* Journal universel. T. XVI, p. 129 et 151.

sans, mais bien en injectant dans l'estomac des bouillons et des alimens sous forme liquide; c'est ainsi que Portal (1) s'est servi avec avantage d'une seringue armée d'un long tuyau de gomme élastique, et Beauve (2) de sa canelle œsophagienne. On peut encore, comme Villis (3) l'a fait avec succès pendant dix huit ans sur le même malade, pousser dans l'estomac, au moyen d'une tige de baleine, le bol alimentaire parvenu au fond du pharynx. Baster eut recours au même moyen dans un cas de paralysie de l'œsophage qui avait résisté à divers moyens, et il eut plus tard la satisfaction de voir guérir le malade. Voici cette observation : Ce médecin, qui a exercé la médecine dans la Zélande, écrivait en 1682 à Vanderwiell (4), qu'il avait donné des soins à une fille de vingt-ans qui, après quelques accidens dont la nature n'est pas déterminée, fut prise de difficulté à avaler. Il soupçonna pour cause une excroissance ou glande endurcie, mais ayant passé dans l'œsophage une baleine armée d'une éponge, il ne reconnut aucun obstacle. Après avoir reconnu la paralysie des organes de la déglutition, et employé en conséquence divers médicamens, mais sans succès, M. Baster ordonna à la malade, qui avait beaucoup maigri, de manger quelques alimens et de les pousser au fond de la gorge, avec la langue autant qu'elle pourrait; il les faisait ensuite descendre dans l'estomac avec un instrument qu'il avait fait. Bientôt la malade put le faire elle-même, et continua cette opération pendant quatorze mois, temps au bout duquel, sans aucun moyen thérapeutique, elle recouvra la faculté d'avaler.

Ramollissement. Nous ne faisons qu'indiquer ici la place que devrait occuper l'histoire du ramollissement gélatini-

---

(1) *Loc. cit.*, p. 537.
(2) *Ancien Journal.* T. XXVIII, p. 542.
(3) *Pharm. rationn.*, p. I.re, sect. 1, cap. 21.
(4) *Obs. rares de médecine*, trad. par Planque. T. II, p. 269.

forme de l'œsophage, dont nous nous occuperons dans un mémoire spécial, alors que nous aurons plus attentivement encore étudié cettte importante matière. Cette réserve nous est commandée par les expériences toutes récentes du Docteur Carswell (1), sur le *ramollissement de l'estomac*, recherches qui ne tendraient à rien moins qu'à faire rayer cette affection du cadre nosologique. Mais, dès aujourd'hui, nous ne craignons pas de dire que la thèse soutenue par M. Carswell est beaucoup trop générale, et que plusieurs des conclusions de cet auteur se trouvent infirmées par des expériences auxquelles nous nous sommes livrés, et surtout par plusieurs observations bien authentiques de ramollissement gélatiniforme borné à la partie supérieure de l'œsophage, la portion inférieure de ce canal et tout l'estomac, y compris son grand cul de sac, étant dans l'état normal le plus parfait. Aussitôt que nous aurons assez multiplié ces expériences, nous reviendrons sur ce sujet, sur lequel, il nous semble, on a beaucoup trop promptement passé condamnation.

Perforations. — Peut-il se former dans l'œsophage de ces perforations spontanées, que l'on rencontre dans l'estomac et quelques autres points du tube digestif, et qui ont pour caractère d'être faites comme avec un emporte-pièce, d'offrir des bords noirs et taillés à pic ? Nous n'en connaissons aucun exemple : toutes les lésions de l'œsophage, données par les auteurs, sous le nom de *perforation spontanée*, se rapportent évidemment à la gangrène ou au ramollissement de ses parois.

Mais l'œsophage est exposé à deux autres espèces de perforations ; l'une qui s'établit de dedans en-dehors, et est toujours due à la présence de corps étrangers, et l'autre qui, se faisant de dehors en dedans, est produite par la dilatation anévrysmatique de l'aorte, par un abcès, etc.

(1) *Journal hebdomadaire*. T. VII, p. 321 et 525.

Nous nous sommes longuement étendu sur la première espèce de perforation, dans un mémoire relatif aux accidens déterminés par le séjour des corps étrangers dans l'œsophage, et nous y renvoyons (1). Celle qui est produite par un anévrysme de l'aorte, nous semble devoir être attribuée à une sorte d'usure, sans travail inflammatoire. Cette explication ne sera peut-être pas admise par tout le monde; mais c'est la seule qui nous ait paru raisonnable d'après la lecture des faits, desquels il résulte pour nous que la portion du tube œsophagien qui se trouve en contact avec le sac anévrysmal, se désorganise, s'amincit, s'use de plus en plus et finit enfin par se détruire complètement. Cette terminaison des anévrysmes de l'aorte pectorale, sur laquelle les ouvrages classiques ne contiennent presque rien, n'est pas très-rare, et chose remarquable dans la presque totalité des cas, les malades n'ont éprouvé aucune gêne dans la déglutition, ce qui contredit l'opinion de la plupart des auteurs, même modernes, qui prétendent qu'on a souvent regardé comme dépendantes d'un rétrécissement organique de l'œsophage, des dysphagies qui tenaient à une dilatation de l'aorte. C'est pourquoi nous croyons devoir donner ici l'indication de tous les faits que nos lectures nous ont fait connaître (2).

---

(1) *Archives de Médecine*. T. XXIV, p. 388.

(2) *Ephémérides de Montpellier*. T. VI, p. 219. — *Bulletin de la Soc. méd. d'Emulation de Paris*. 1812, p. 14. — Bertin et Bouillaud, *Maladies du cœur*, p. 110. — Ouvrard, *Diss. inaug*. Paris, 1811, N.° 53, p. 25. — *Bulletins de la Faculté*. Année 1812. — *Bibliothèque médicale*. T. LIII, p. 68; et LIV, p. 343. — Fauconneau-Dufresne. *Thèse*. Paris, 1824, N.° 220, p. 25. — Sauvages, *Nosographie méthodique*. T. VIII, p. 81, édit. in-12. — Laennec, *Traité de l'Auscultation*. T. II, p. 404. — *Transactions philosophiques*. In-8.° T. II, p. 420. — *Bulletin des Sciences médicales*. 1808. T. II, p. 411. — *London Medical and Physical Journal*. P. LVIII, p. 96. — *Medico-Chirurgical Transactions published by the Medical and Chirurgical Society*. T. II, p. 244. — *Recueil de Méd. militaire*. T. XXII, p. 329.

Plusieurs fois des abcès développés dans le tissu cellulaire qui entoure l'œsophage se sont fait jour dans ce conduit. Guattani a observé un cas de cette espèce (1). Travers (2) rapporte aussi l'observation d'un individu chez lequel une tumeur s'était développée profondément sur le côté droit de la trachée artère, en recouvrant les gros vaisseaux. Le malade, vers la fin de sa vie, avait rendu du pus et du sang par la bouche et l'anus. A l'autopsie, on vit que le kyste, qui contenait du pus et du sang, communiquait avec l'œsophage.

Chez un garçon âgé de 3 ans, qui succomba à un état tuberculeux des poumons et des ganglions bronchiques, M. Leblond (3) trouva, entre autres lésions, à la partie antérieure de l'œsophage, un demi pouce au-dessus de la bifurcation des bronches, une ouverture circulaire, de deux lignes de diamètre, légèrement dilatable, et susceptible de recevoir une très-grosse plume de dinde. Cette ouverture communiquait également avec une grosse division de la bronche droite. Les parens de l'enfant avaient dit, et l'auteur eut plusieurs fois occasion de s'en convaincre, que la déglutition des liquides était très-pénible, et que toujours elle provoquait des quintes de toux ; ce n'était même que lorsque le liquide avait évidemment franchi l'isthme du gosier, que la toux survenait.

Enfin, M. Andral (4) a vu une ulcération de la trachée-artère perforer l'œsophage, de manière que ces deux conduits communiquaient librement l'un avec l'autre. Cette fistule trachéo-œsophagienne n'avait été annoncée que par une gêne peu considérable de la déglutition, et par une

---

(1) *Mém. de l'Acad. de Chirurgie.* T. III, p. 352.

(2) *Journal complémentaire.* T. III, p. 333.

(3) *Recherches sur une espèce de phthisie particulière aux enfans.* Thèse. Paris, 1824, N.° 53, p. 21.

(4) *Médecine clinique.* T. II. p. 9, 1.re édition.

petite toux qui se manifestait chaque fois que le malade avalait.

Polypes. — Les polypes de l'œsophage sont beaucoup plus rares que ceux du pharynx. Graëf, Baillie, Schneider, Pringle, Monro, etc., ont observé cette maladie. Baillie (1) se borne à dire que le polype qu'il a vu avait une texture fibreuse, et que ses fibres étaient à angle droit avec la membrane interne d'où elle prenait naissance; sa surface était ulcérée. Schneider (2) rapporte qu'à l'autopsie d'une femme âgée de 54 ans et morte de dysphagie, on trouva trois excroissances polypeuses dans l'œsophage. Ces tumeurs, longues d'un pouce à un pouce et demi, adhéraient à la membrane muqueuse, deux par un pédicule mince et une par une base large. Leur substance était charnue, et leurs pédicules assez fermes et blanchâtres. De Graëf (3) a commenté l'observation suivante, qui semble prouver qu'ici encore une irritation souvent répétée a joué un certain rôle dans le développement du polype dont il est question.

Un homme menant une vie sédentaire, fort adonné au vin et à la pipe, ayant eu de nombreuses inflammations de la gorge et des amygdales, éprouvait depuis plusieurs années quelque difficulté dans la déglutition; les alimens, avant d'arriver dans l'estomac, étaient arrêtés pendant quelque temps. Cette dysphagie, tour-à-tour attribuée au spasme et à l'inflammation de l'œsophage, revint plus souvent vers l'âge de cinquante ans, et augmenta à un point que les alimens étaient rejetés après un court séjour dans ce conduit. Lorsque ce rejet n'avait pas lieu, l'accumula-

---

(1) *Anat. path.*, p. 102.

(2) *Chirurgische Geschichte.* Chemnitz, 1784, in-8.°; et *Ancien Journal.* T. LXVII, p. 363.

(3) *Diss. illustrans historiam de callosâ excrescentiâ œsophagum obstruente.* Altorfii, 1764; in-4.°

tion des alimens faisait augmenter les angoisses du malade et faisait craindre la suffocation. Une médication variée, tour-à-tour antispasmodique et émolliente, ne procura aucun soulagement, et le malade succomba dans le marasme. — *Autopsie.* On trouva près le cardia, et naissant de la membrane interne de l'œsophage, une tumeur blanchâtre, dure, de la largeur et de la grosseur du pouce. Cette tumeur avait la forme d'un cône dont le sommet était dirigé vers le cardia : elle bouchait entièrement l'œsophage. Tous les autres organes étaient sains,

Pringle (1) cite un fait qui, sous le rapport de la cause et des symptômes, a la plus grande analogie avec le précédent. Le polype, qui s'étendait jusqu'au cardia, prenait naissance à la partie moyenne de l'œsophage, qu'il remplissait si bien qu'on pouvait à peine faire pénétrer un stylet dans l'estomac.

Enfin Monro (2) rapporte une observation qui doit nous intéresser d'autant plus que la maladie fut parfaitement reconnue, et qu'il pratiqua avec succès la ligature du polype : Jacques Davidson, âgé de 68 ans, fut admis à l'hôpital pour un polype de l'œsophage. En examinant le gosier, on ne découvrit rien d'extraordinaire; mais en irritant le pharynx, et en produisant des efforts de vomissement, une longue excroissance charnue apparaissait dans la bouche et venait toucher les dents; elle était formée de quatre parties réunies à leur base, d'une texture ferme, charnue et très-élastique. Lorsque le polype apparaissait ainsi au-dehors, il bouchait le larynx : le malade ne pouvait rester plus d'une minute dans cette situation. Pendant plusieurs années cette excroissance polypiforme rendit la déglutition difficile, la respiration moins libre, la parole

---

(1) *Essais et observations de méd. de la Soc. d'Edinbourg.* T. II, p. 404.

(2) *Loc. cit.*, p. 426.

moins distincte, et produisait souvent des quintes de toux qui la chassaient dans la bouche. Dans une consultation, il fut décidé que l'on pratiquerait la trachéotomie, pour que le malade pût respirer pendant le temps nécessaire pour passer une ligature autour de cette végétation polypiforme. Cette ligature fut placée, et une grande partie de la tumeur fut séparée et rejetée avec les selles. Deux ans après le malade rentra à l'hôpital; il était faible et émacié. Depuis plusieurs mois il n'avait pu avaler d'alimens solides, et même les liquides ne passaient qu'avec peine. Il succomba bientôt. — *Autopsie.* L'œsophage était fortement distendu par une masse charnue, ou polype, qui s'élevait de sa partie antérieure, trois pouces environ au-dessous de la glotte. Simple à sa base, il se divisait bientôt en deux portions, dont la plus longue et la plus large s'étendait jusqu'à l'orifice supérieur de l'estomac.

D'après la disposition du polype, l'auteur pense que, dans les efforts du vomissement, c'était la portion la plus longue qui était chassée dans la bouche : ce qui paraît confirmer cette opinion, c'est qu'à son extrémité on apercevait une cicatrice qui semblait indiquer que c'était delà qu'avaient été séparées, par la ligature, les quatre têtes qui apparaissaient dans la bouche, et qui furent rejetées avec les selles.

Monro n'a point indiqué, dans l'ouvrage d'où nous tirons ce fait, le procédé opératoire qu'il mit en usage, mais on le trouvera décrit dans un journal (1) où il publia pour la première fois son observation.

Ce fait démontre que, alors même qu'il est impossible de passer une ligature directement sur le pédicule du polype, il est toujours avantageux de retrancher tout ce qui apparaît. Lorsque le polype prend naissance sur un point de l'œsophage très-rapproché du pharynx, il doit être possible

(1) *Edinburg Medical litterary Essay.* T. III, p. 212.

de le lier à sa base même : et ici sans doute on pourrait avec avantage employer une des nombreuses méthodes proposées pour la ligature des polypes de la gorge, en la modifiant selon les circonstances. C'est ce que Dallas (1) et Hofer (2) ont fait avec succès. Mais ici encore on devra surveiller attentivement le malade, alors que le pédicule sera presque entièrement coupé; car un homme sur lequel on avait lié un polype de la gorge, fut trouvé mort dans son lit quelques jours après. A l'ouverture de son cadavre, on trouva le polype, dont le pédicule avait été coupé, remplissant presque toute la partie supérieure du pharynx, et fermant exactement l'ouverture de la glotte (3).

Tumeurs squirrheuses développées entre les tuniques de l'œsophage. — Des masses squirrheuses peuvent se former entre les membranes qui constituent l'œsophage et les intestins. Deux fois M. Andral (4) a trouvé entre les tuniques de l'intestin grêle et sous la muqueuse, des lipômes analogues aux sous-cutanés; une autre fois le même anatomiste (5) a rencontré vers l'union des colons tranverse et descendant, une masse indurée de tissu cellulaire qui soulevait la membrane muqueuse, et obstruait en grande partie le calibre de l'intestin. Même altération a été vue dans l'œsophage par Hélian (6). Il s'agit d'un homme qui, tourmenté depuis quelques années d'une dysphagie telle que très-peu d'alimens pouvaient passer dans l'estomac, fut sontenu pendant quelque temps au moyen de lavemens nourrissans, et succomba dans le marasme. A l'autopsie, on trouva dans la partie de l'œsophage située derrière la

---

(1) *London medical Journal.* Année 1771.

(2) *Acta Helvetica.* T. I.er

(3) P. A. Dubois, *Propositions sur diverses parties de l'art de guérir.* Thèse. Paris, 1818, N.° 104, p. 8.

(4) *Anatomie pathologique.* T. I.er, p. 350.

(5) *Ibidem.* T. II, p. 154.

(6) *Mém. de la Soc. roy. de Méd.* Année 1777, p. 217.

bifurcation de la trachée-artère, une tumeur squirrheuse de la longueur de trois pouces sur deux de circonférence, renfermée entre la seconde et la troisième tuniques de l'œsophage, dont elle avait entièrement effacé l'ouverture.

Sans doute le diagnostic d'une semblable lésion serait difficile à établir; mais si on arrivait à un degré de certitude suffisant, conviendrait-il de tenter quelque opération chirurgicale ? Le fait suivant fourni par la chirurgie comparée devrait peut-être y encourager : M. Dandrieu, vétérinaire à Lavardac (Lot-et-Garonne) rapporte (1) avoir fait avec succès l'extirpation d'une tumeur squirrheuse développée dans l'épaisseur des tuniques de l'œsophage d'un bélier. Cette tumeur adhérait à la face externe de la membrane muqueuse, et par son volume et sa densité constituait en dedans du canal une proéminence qui mettait obstacle à la déglutition. La guérison eut lieu au bout de dix-huit jours. La tumeur fut entièrement isolée des parties avec lesquelles elle était en contact; son volume égalait celui d'un œuf de poule.

Dégénération cartilagineuse et osseuse. — La première dégénération est ordinairement bornée à une étendue très-circonscrite de l'œsophage, et même dans la généralité des cas, il n'existe qu'un anneau cartilagineux. Beckers (2), Baldinger (3), Bang (4), Blancard (5), Andral (6), Gyser (7), etc., ont rapporté des cas de cette espèce. Dans l'observation de M. Andral, la masse cartilagineuse était

(1) *Bibliothèque médicale.* Partie vétérinaire. T. V, p. 229.
(2) *Miscell. Cur.* Année 1653, p. 53.
(3) Haase. *Diss. de deglutitione difficili.* Gotting. 1781, in-4.°, p. 17.
(4) *Acta Soc. med. Hafniensis.* T. I.er
(5) *Praxis medica.* T. II, p. 2.
(6) *Anatomie pathologique.* T. I.er, p. 276.
(7) *De fame lethali ex callosâ œsophagi angustiâ.* Argentorati, 1770, in-4.°, p. 16.

développée au-dessous de la masse muqueuse, et se confondait peu-à-peu avec du tissu cellulaire simplement épaissi et induré. Celle de Gyser est accompagnée de quelques détails, ce qui nous engage à la rappeler succinctement : Un homme âgé de 50 ans environ, qui *vivait plutôt pour boire qu'il ne buvait pour vivre*, s'était dès son bas-âge adonné aux liqueurs fortes. Ce goût ne fit qu'augmenter avec les années, au point qu'il lui a été impossible, comme il le disait lui-même, de pouvoir vivre sans sa boisson favorite. Vers l'âge de 35 ans, il se plaignit d'une douleur violente à la région précordiale, et de gêne légère dans la déglutition, mais qui fit des progrès si rapides, que bientôt les liquides seuls purent passer à travers l'œsophage. Tel était l'état du malade lorsqu'il entra à l'hôpital, où il ne se plaignit jamais que des symptômes dont nous venons de parler. Mais la déglutition devint de plus en plus difficile, et peu de temps après avoir ingéré des alimens, ce malheureux les rejetait avec une grande quantité de mucosités et de fluide salivaire : il périt bientôt d'inanition. — *Autopsie.* A l'endroit où la trachée-artère se bifurque, l'œsophage adhérait à droite et à gauche à deux glandes bronchiques dures et hypertrophiées : à-peu-près au milieu de sa longueur existait un anneau cartilagineux qui rétrécissait ce canal, au point qu'il pouvait à peine admettre une petite sonde.

La dégénération cartilagineuse peut aussi occuper toute l'étendue de l'œsophage. Ainsi Desgranges (1), en disséquant le cadavre d'un individu dont il n'avait pas suivi la maladie, trouva l'œsophage desséché et cartilagineux dans toute son étendue, terminé inférieurement, au-dessus du cardia, par un anneau de même densité, mais avec plus de relief. Morgagni (2) rapporte, d'après V. Garnia, l'histoire

(1) *Journal de Boyer, Corvisart.* T. IV, p. 203.
(2) *Du siège des maladies*, trad. T. V, p. 44.

de la dissection, faite en Allemagne, du cadavre d'un prince dont l'œsophage était membraneux à l'extérieur et cartilagineux à l'intérieur, et même osseux vers l'estomac, dans l'étendue d'un pouce. Cependant ce prince avait vomi tous les jours, deux heures après les repas, pendant les deux dernières années de sa vie; mais il ne s'était jamais plaint de difficulté à avaler. Sans doute que, dans ce cas, l'œsophage avait conservé son diamètre ordinaire, car Sampson (1) dit avoir trouvé, à l'autopsie d'une femme qui depuis long-temps était atteinte de dysphagie, tout le canal de l'œsophage cartilagineux, depuis la région des clavicules jusqu'à l'estomac; son diamètre pouvait à peine admettre l'introduction d'une soie de porc.

Quant à la dégénération osseuse, l'observation de Morgagni démontre qu'elle n'est qu'un degré plus avancé de la transformation précédente. Monro (2) rapporte un cas de cette espèce qui se trouve décrit dans le catalogue de Walter, de Berlin, sous le N.° 1530; et Metzger (3) a rencontré l'œsophage osseux dans presque toute son étendue, chez un postillon très-adonné aux liqueurs alcoholiques, et qui, long-temps avant sa mort, avait été tourmenté par une grande difficulté d'avaler.

Pour faciliter les recherches à ceux qui voudraient reprendre le sujet dont nous allons cesser de nous occuper, nous croyons devoir joindre ici l'indication des ouvrages qui en traitent d'une manière spéciale. Quelque étendue que paraisse cette bibliographie, nous n'avons pas la prétention de la donner comme complète. Nous suivrons l'ordre chronologique.

Foglia. P. De faucium ulceribus. *Neapol.*, 1563, in-4.°, et 1635, in-4.°

(1) *Misc. Cur.* Ann. 1613, p. 170.
(2) *Loc. cit.*, p. 447.
(3) *Adversaria medica.* T. I.er, p. 175.

Pincierus. J. De deglutitione, utrùm illa naturalis, an animalis; an partim naturalis, partim animalis actio sit dicenda. Resp. *M. Martinius.* Herborn., 1591, in-4.°

Foglia. J. De anginosâ passione, crustosis malignisque tonsillarum et faucium ulceribus. Neapoli, 1620, in-4.°

Prosimus. J. D. De faucium et gutturis anginosis ulceribus medica consultatio. Messine, 1633, in-4.°

Fabricius. G. Libellus von der Braune. Stutgard, 1661, in-8.°

Camerarius. E. R. Dissertatio de vomitu aquæ ex gulâ. Tubingue, 1686, in-4.°

Bœcler. J. Historia instrumentorum imprimìs deglutitioni inserventium. Argent., 1705, in-4.°

Vercellonii. J. Dissertatio anatomico-medica de glandulis conglomeratis œsophagi. Asti, 1711, in-4.°

Graf. Com. Dissertatio de casu autocheiriæ. Giessæ, 1712, in-4.°

Wallen. Dissertatio de tumoribus induratis in faucibus et œsophago latentibus. Groning., 1716, in-4.°

Schmeider. S. De polypo œsophagi vermiformi rarissimo à quotidiano pulveris sternutatòrii Hispaniæ abusu progenito. Hal., 1717, in-4.° Rec. in *Halleri disp. med.* T. VII, p. 594.

Hoffmann. F. Diss. med. de morbis œsophagi. Hal., 1722, in-4.° Rec. in *op. supp.*, in-folio. T. II, p. 251.

Boerhaave. H. Atrocis nec descripti priùs morbi historia, secundum medicæ artis regulas descripta. Leyde, 1724, in-8.°

Spies. J. C. De deglutitione, istiusque læsione, et læsionis therapiâ. Helmstad., 1727, in-4.°

Ziesner. J. F. De raro œsophagi morbo. Regiomont., 1732, in-4.° Rec. in Halleri, Disp. med. T. VII, p. 629.

Zweigel. Ch. Diss. inaug. medica de spasmis gulæ inferioris et de nauseâ. Halæ, 1733, in-4.°

Hoffmann. F. De morbis œsophagi et pharingis spasmodicis. 1735. *Opera omnia.* T. VI, p. 447.

Heckenberg. J. H. Diss. inaug. med. de deglutitione istiusque læsione et læsionis therapiâ. Helmst., 1737, in-4.°

Ludwig. Ch. T. Dissertatio de deglutitione naturali et præposterâ. Leipsick, 1737, in-4.°

Albinus. F. B. Diss. inaug. de deglutitione. Leyde, 1740, in-4.°

Beuttel. Ph. H. Diss. med. de strumâ œsophagi, ejusque coalitu difficilis et abolitæ deglutitionis causis. Tubingue, 1742, in-4.° Rec. in Halleri, Disp. chir. T. II, p. 395.

Hévin. Précis d'observations sur les corps étrangers arrêtés dans l'œsophage, etc. *Mém. de l'Acad. de chirurgie*, 1743, in-4.° T. I.er, p. 444.

Dehaen. A. De deglutitione, vel deglutitorum in cavum ventriculi descensu impeditis, diss. La Haye, 1750, in-8.°

Vater. De deglutitionis difficilis et impeditæ causis abditis. Vitembergæ, 1750, in-4.

Guattani. Essai sur l'œsophagotomie. 1757. *Mém. de l'Acad. de chirurgie.* T. III, p. 351.

Bordenave. T. De corporibus extraneis intrà œsophagum inhærentibus. Paris, 1763, in-4.°

Haller. De dysphagiâ : *Elementa physiologiæ.* T. VI, p. 100. 1763.

Graef. J. G. Diss. med. inaug. illustrans historiam de callosâ excrescentiâ œsophagum obstruente, mortis causâ. Altorf., 1764, in-4.°

Venel. Nouveaux secours pour les corps étrangers arrêtés dans l'œsophage. Lausanne, 1768.

Geuns. Cl. M. V. Tractatio medica de impedito alimentorum per œsophagum transitu. Groning., 1769, in-4.°, fig.

Bauve. (*De*) Réponse à un écrit anonyme, au sujet d'un nouvel instrument de chirurgie. Paris, 1769, in-8.°, fig.

Gyser. E. G. Diss. inaug. med. de fame lethali ex callosâ œsophagi angustiâ. Argentorati, 1770, in-4.°

Courant. D. A. De nonnullis morbis convulsivis œsophagi. Diss. inaug. Monsp., 1778, in-4.°

Heukoop. N. Diss. de morbo œsophagi inflammatorio. Lugd.-Bat., 1774, in-4.

Bleuland. J. Specimen academicum inaugurale de difficili aut impeditâ alimentorum depulsione. Lugd.-Bat., 1788, in-4.°, fig.; et 1785, sous ce titre : Observationes anatomico-medicæ de sanâ et morbosâ œsophagi structurâ.

Haase. C. C. Diss. inaug. med. sistens causas difficilis deglutitionis. Gotting., 1781, in-4.°

Sielig. Ch. F. De hydrophobiâ ab esu fructuum fagi, 1782, in-4.°

Isenflamm. J. F. Diss. de deglutitionis mechanismo. Erlangue, 1790, in-4.°

Haase. J. G. Animadversiones de plexibus œsophageis nervosis parisque vagi perpectus decursu. Leipzick, 1791, in-4.°

Tymon. Diss. de bronchotomiâ et œsophagotomiâ. Gotting., 1794, in-4.°

Engelhard. Diss. sistens casum dysphagiæ. Londres, 1796, in-8.°

Monro. Al. Diss. med. inaug. de dysphagiâ. Edinbourg, 1797, in-8.°, fig.

Ploucquet. G. G. Diss. sistens memorabile exemplum dyspneæ et dyscatabroseos hypervicæ. Tubingue, 1797, in-8.°

Goesche. Diss. de anginâ inflammatoriâ à menstruorum suppressione natâ. Jena, 1798, in-4.°

Eckold. J. G. Ueber das, etc., c'est-à-dire, sur l'extraction des corps étrangers engagés dans l'œsophage et la trachée-artère. Leipsick, 1799, in-8.°

Bagard. Ch. Sur une tumeur squirro-carcinomateuse au col de l'œsophage. 17 , in-8.°

Sue. P. Nouvelles réflexions et observations sur les corps étrangers arrêtés dans l'œsophage. Dans *Mém. de la Soc. méd. d'Emulation de Paris.* 1800. T. IV, p. 218.

Vimont. Des vices organiques du pharynx et de l'œso-

phage. (Annales de la Soc. de Méd. de Montpellier. 1800, T. VIII, p. I. 69.)

Desgranges. Observations sur une dysphagie pharyngo-œsophagienne cancéreuse. (Journal de Corvisart 1801. T. IV, p. 115.)

Pipping. Diss. observ. in dysphagiam paralyticam. Abo., 1803, in-4.°

Nanta. Diss. de corporibus peregrinis ex œsophago removendis. Worcum, 1803, in-4.°

Rivière. Diss. inaug. sur un nouvel instrument propre à extraire les corps étrangers de l'œsophage. Paris, 1803, in-4.°, N.° 345.

Penel. Diss. inaug. sur l'art de sonder l'œsophage. Paris, 1804, in.4.°, N.° 175.

Deguise. Diss. sur l'anévrysme, suivie de propositions médicales. Paris, 1804, in-4.°, fig.

Vignardonne. J. Diss. inaug. sur l'œsophagotomie. Paris, 1804, N.° 567.

Hünersdorff. Diss. de quibusdam morbis œsophagi chronicis. Marb., 1806.

Pfleiderer. J. F. Autenrieth Præs. Diss. de dysphagiâ lusoriâ. Tubing., 1806, in-8.° — Recus. in *Brera syllog.* opuscul., etc. T. VIII, p. 10.

Etienne. M. C. Considérations générales sur les causes qui gênent ou empêchent la déglutition. Thèse. Paris, 1806, N.° 14.

Kistemacher. Dissertatio sistens dysphagiam singularem. Groningue, 1807, in-8.°

Stoeker. Dissertatio de dysphagiâ. Paris, 1807, in-4.°

Andrews. Observ. on the application of lunar caustic to stricture in the urethra and œsophagus. Londres. 1807, in-8.°

Sulpicy. Mém. sur l'œsophagotomie. (Annales de Montpellier. 1808. T. XI, p. 371.)

Simonneau. N. Essai inaugural sur les solutions de continuité du pharynx et de l'œsophage. Paris, 1808, in-4.°, N.° 150.

Monro. A. Morbid anatomy of the gullet, stomach and intestines. Edinb., 1811, in-8.°

Dedebant. Diss. inaug. sur les corps étrangers introduits dans le pharynx et dans l'œsophage. Paris, 1814, N.° 140.

Winne. A. J. Diss. exhibens nonnullos casus dysphagiæ. Groning., 1818, in-4.°

Berlinghieri. A. Vacca. Della esofagotomia è di un nuovo metodo di eseguirla. Pise, 1820, in-8.°

Fleischmann G. De chrondrogenesi asperæ arteriæ et de situ œsophagi abnormi nonnulla. Erlangue, 1820, in-4.°

Kunze G. De dysphagiâ commentatio pathologica. Lips. 1820.

Paletta J. B. De dysphagiâ. *In Exercitation. patholog.* 1820, in-4.° T. I. p. 216.

Home. E. Practical observations on the treatment of strictures on the urethra and in the œsophagus. Londres, 1821, in-8.°

Howship. J. Practical remarks upon indigestion... including observation upon the disordres of the stomach, and snperior part of the alimentary canal. Londres, 1825, in-8.°

Manson Al. Medical researches of the effects of Iodine in bronchocele.... Dysphagia, etc. Londres, 1825, in-8.°

Missoux. T. D. Thèse contenant quelques considérations sur les corps étrangers arrêtés dans les voies digestives, et un nouveau moyen d'extraction. Paris, 1825, N.° 76.

Bégin. L. J. Mémoire sur les corps étrangers ingérés et passés dans les voies aériennes, ou arrêtés dans l'œsophage. (Recueil de Médecine militaire. 1826. T. XX, p. 377.)

Boulin. G. Dissert. inaug. sur les plaies de l'œsophage. Paris, 1828, N.° 146.

Chantourelle. Mémoire sur quelques affections de l'œsò-

phage. (Mém. de la Soc. méd. d'Émulation. 1828. T. IX, p. 295.)

Mondière. J. T. Recherches sur l'inflammation de l'œsophage, et sur quelques points d'anat. path. de cet organe. Thèse. Paris, 1829, N.° 118.

Blondeau. G. C. Quelques réflexions sur les corps étrangers arrêtés dans le pharynx ou l'œsophage, et sur les moyens de les extraire. Paris, 1830, fig.

Larrey. J. D. Sur les plaies de l'œsophage. (*Clinique chirurgicale.* 1830, 3 vol. in-8.°, fig. T. II.)

Macilwain. Surgical observations on the mucous canal of the human body, etc. Londres, 1830, in-8.

Mondière. J. T. Obs. sur les accidens déterminés par le séjour des corps étrangers dans l'œsophage. (Archives de Médecine. 1830. T. XXIV, p. 388.)

Mondière. J. T. Recherches pour servir à l'histoire de l'œsophagite aiguë et chronique. (Archives de Médecine, T. XXIV, p. 543; XXV, 558; XXVII, 494; XXX, 481.)

Fletcher. R. On strictures of the œsophagus, and the dangers of the bougie. (Medico-Chirurgical notes and illustrations. Part. I. Londres, 1831, in-4.°, fig., p. 26.)

Mondière. J. T. Recherches sur l'œsophagisme, ou spasme de l'œsophage. (Arch. de Méd., T. XXXI, p. 465.)

Doussan. M. Des corps étrangers arrêtés dans l'œsophage. Thèse. Paris, 1831, N.° 41.

Considérations sur l'histoire et la nature de la plique; extraites d'un mémoire polonais inédit du docteur MARCINKOWSKI; *par* A. BRIERRE DE BOISMONT (1).

Parmi les affections morbides qui par leur forme exté-

(1) Lorsque j'arrivai en Pologne, je m'occupai presqu'aussitôt de vérifier les opinions émises dans les livres, au sujet de la plique.

rieure, leur origine et leur mode de développement, encore inconnus, attirent depuis plusieurs siècles l'attention des observateurs, il faut sans contredit placer la plique. Toutes les recherches faites jusqu'à présent n'ont pu changer l'opinion consacrée par les traditions polonaises, que la plique est une maladie particulière à ce pays, indéfinissable quant à sa nature et à sa théorie, sans remède spécifique, malgré les nombreuses recettes de l'empirisme. C'est un préjugé presque généralement établi, qu'il est inutile de consulter les médecins pour ce mal. Aussi le peuple a-t-il le plus souvent recours aux pratiques superstitieuses dans lesquelles il a la plus aveugle confiance, et qui par cela même calment quelquefois ses souffrances physiques.

Sous le rapport pathologique, on n'a pu classer convenablement cette singulière affection, parce que l'idée d'après laquelle on étudiait sa nature et ses formes nombreuses n'était pas basée sur une observation impartiale, mais sur l'opinion arrêtée d'avance que la plique était une maladie particulière et essentielle. Ainsi, au lieu de rechercher ses rapports avec les différens états morbides de notre organisation, on commençait par constater et mettre en ordre ses symptômes pathognomoniques, et, après les avoir pour ainsi dire trouvés, on se donnait toutes les peines possibles pour former une théorie à l'aide de laquelle les différentes complications de la plique pussent être suffisamment expli-

Malheureusement cette infirmité est rare à Varsovie. Aussi n'eus-je l'occasion de l'observer qu'un petit nombre de fois. Mais dans tous les cas, je vis que son apparition coïncidait avec une maladie de l'organisme. Les conversations que j'eus avec plusieurs médecins éclairés achevèrent de me persuader que la plique n'était point une maladie *sui generis*, mais qu'elle était toujours liée à une altération quelconque de l'individu. Un séjour de quelques mois ne pouvait me fournir de renseignemens suffisans; je priai mon ami le docteur Marcinkowski, qui partageait ma manière de voir, de vouloir bien me faire connaître les résultats de son expérience sur cette maladie; c'est l'extrait de son travail que je présente ici.

quées. L'opinion, erronée selon nous, de considérer la plique comme une maladie *sui generis*, ou, ce qui est la même chose, comme le phénomène extérieur d'une affection particulière, tire sans doute son origine d'une tradition historique qui veut qu'elle ait été importée au treizième siècle en Pologne, par les Tartares.

Les écrivains qui se sont occupés de la plique citent en faveur de cette hypothèse les plus anciens historiens polonais, Dlugosz et Kromer. Il nous serait impossible de faire connaître le premier des médecins qui, après avoir mal compris le passage en question, établit son interprétation comme une autorité. Mais il arriva ce qu'on observe presque toujours dans des cas semblables : ceux qui vinrent après copièrent la citation, sans vérifier son authenticité, et le temps finit par lui donner force de loi. Cependant si l'on eût relu avec soin les historiens cités, on eut seulement trouvé que vers les années 1285 à 1288, les Tartares, en quittant la Pologne et la Russie, après les avoir ravagées, encombrèrent les fleuves et les eaux stagnantes de cadavres qui occasionnèrent une maladie pestilentielle et mortelle. Mais dans la description de cette grande épidémie, il n'existe pas un mot qui fasse la moindre allusion à la plique. Nul, parmi les anciens médecins polonais qui ont écrit sur la plique, ne fait mention de cet origine tartare; c'est donc à tort que J. Frank, d'après Sprengel, a voulu donner crédit à cette singulière assertion.

Déja cependant en 1662, Théodore Skuminowski avait attaqué cette opinion dans une lettre adressée à Plempius (*voy.* l'ouvrage de ce dernier, intitulé : *Vopisci Fortunati Plempii, de morbis capillorum et unguium tractatu*, Lovani, 1662). 150 ans plus tard, M. le docteur Raisin appela de nouveau l'attention sur cette fausse interprétation des originaux. (*Recherches sur la plique polonaise*, par M. Raisin, *Annuaire de la Société de Médecine d'Evreux*; 1809,

p. 127.) Enfin M. le docteur Weese a publié également sur ce point de laborieuses recherches fort instructives.

En examinant nous-même avec attention pendant plusieurs années les rapports qui lient l'intrication des cheveux aux différentes maladies, nous n'avons jamais pu constater un seul fait qui montre que la plique puisse se communiquer d'un individu à un autre. Aussi nous a-t-il été impossible de concevoir qu'on ait pu, six siècles auparavant, gagner par voie de contact une maladie qui de nos jours n'est point contagieuse, et qui n'a jamais paru sous forme épidémique. Remarquant, d'ailleurs, que cette affection se borne à une partie circonscrite de l'Europe, il est plus naturel de chercher son origine dans l'influence de phénomènes telluriques et atmosphériques particuliers à cette contrée. Cette influence des localités paraît évidemment remonter à une époque plus ancienne que le 13.e siècle, puisqu'on trouve dans l'histoire polonaise une coutume religieuse générale dans ce pays, avant l'introduction du christianisme, et qui rend très-bien compte de ce que nous observons encore aujourd'hui lors de la coupe prématurée de la plique. Cette coutume, connue sous le nom de *postrzyzyny*, imposait aux parens l'obligation de ne point tailler les cheveux de leurs enfans avant la septième année. A cet âge seulement, ils les leur coupaient dans une cérémonie où ils recevaient un nom. N'est-il pas raisonnable de croire que cette défense avait été faite à cause des accidens qui suivent encore de nos jours l'enlèvement prématuré de la plique? L'histoire des différens peuples de la terre nous apprend, en effet, que les cérémonies religieuses de ce genre tirent le plus ordinairement leur source de quelque principe sage, conforme aux préceptes de l'hygiène, auquel la prudence des législateurs, basée sur l'expérience des siècles, a voulu donner pour aide la sanction religieuse. Ne voyons-nous pas encore tous les jours des enfans atteints d'affections scrofuleuses présenter, en même temps, l'intrication des cheveux?

Cette complication les préserve d'inflammations violentes aux yeux, aux oreilles, d'éruptions à la peau, qui, sans la plique, s'observeraient bien plus fréquemment et prendraient un caractère plus grave et plus dangereux, si elle était retranchée prématurément. Mais lorsqu'avec les progrès de l'âge, les traces de la constitution scrofuleuse s'effacent, il se fait du côté de la tête des changemens remarquables; les cheveux poussent sains de la racine, n'offrent plus de disposition à se coller, et peuvent être coupés sans péril pour la santé.

Ces considérations historiques, qui mériteraient d'être plus approfondies, nous paraissent cependant démontrer l'insuffisance des preuves alléguées par les écrivains qui ont soutenu l'importation tartare. Nous attachons d'autant plus d'importance à cette réfutation, qu'elle nous sert, pour ainsi dire, de base pour établir nos idées sur la nature de la plique. Mais en rejetant l'hypothèse de Sprengel, nous croyons devoir dire quelques mots sur l'époque où la plique paraît avoir été observée pour la première fois. Le docteur Weese, dont le travail est plein d'érudition, lui assigne pour point de départ les années 1585 à 1595. (*Rust's Mag. für die gesammte Heilkunde*, Band 25, 1827.) Mais on lit dans les remarques de J. Chleadowski (*Mémorial medical de Varsovie*, 1828), que plusieurs anciens médecins polonais, tels que Albert-Oczko, Sirenius et Ciachowski parlent de la plique avant cette époque. Weese fonde son opinion sur la lettre de Starnigelius, recteur de l'université de Zamosc, écrite en 1599, aux médecins de Padoue, *de Plicâ*. Mais, dans cette lettre, Starnigelius ne parle point de l'origine de la maladie; il dit seulement que c'est dans ce temps qu'elle a commencé à se répandre dans toute la Pologne; qu'auparavant elle était peu grave et bornée aux parties comprises entre la Hongrie et la Pokutie. Il est bon de remarquer que c'est précisément à la même époque que la syphilis s'est montrée

en Pologne, et aujourd'hui même encore nous trouvons souvent la plique liée à cette affection. N'est-il pas présumable que l'attention des médecins, éveillée dès-lors sur la syphilis, a fait étudier avec plus de soin les phénomènes de la plique, et ceci nous paraît d'autant plus probable que toutes les affections citées par Starnigelius comme symptômes de la plique, ne sont autre chose que des formes de la maladie syphilitique, et il ajoute d'ailleurs que la plique attaque les individus atteints de syphilis, et leurs enfans ?

Nous ne nous arrêterons pas plus long-temps sur les faits relatifs à l'origine de la plique : sa nature, voilà la question dont nous allons maintenant nous occuper ; mais ici nous devons établir deux divisions importantes : 1.° considérer la plique comme une affection des cheveux toute locale ; 2.° rechercher ses rapports avec l'organisation.

A l'extérieur, la plique attaque les organes qui appartiennent aux systêmes épidermoïde et pileux, et leur sécrétion qui dans l'état normal fournit la matière cornée, altérée par une cause inconnue, donne lieu au feutrage des cheveux et à l'endurcissement des ongles. Cette altération avait été attribuée à tort à la malpropreté : c'est ce que savent très-bien les médecins militaires qui renvoient dans leurs foyers les recrues atteints de la plique ; aussi cette hypothèse est-elle maintenant abandonnée. Ne soyons pas trop exclusifs, car l'observation nous prouverait qu'il est des cas de plique, et ce sont ceux qui ont reçu le nom de fausse-plique, qui reconnaissent la malpropreté pour cause. Ici cependant des différences existent ; ainsi dans la vraie plique, les plus grands efforts ne sauraient rendre aux cheveux leur état primitif, tandis que dans la fausse on parvient facilement à les démêler. De plus, dans la vraie plique les cheveux perdent leur élasticité, leur lustre, ils prennent un aspect marbré, et malgré la matière glutineuse qui les mêle et les collé de mille manières, ils n'en sont pas moins secs, à l'exception de la racine qui est

imprégnée d'humidité pendant la durée de la sécrétion de la matière cornée altérée. Ces caractères concis suffisent cependant pour donner une idée exacte de la plique telle qu'elle est aujourd'hui, et c'est seulement dans les journaux qu'il faut aller chercher ces descriptions bizarres de cheveux qui saignent lorsqu'on les coupe, et qui sont doués d'une sensibilité extraordinaire.

La plique peut se montrer sous une autre forme que nous regardons comme sa seconde période. Dans cet état le feutrage des cheveux ne touche plus au cuir-chevelu, il en est séparé par des cheveux sains qui ont poussé de la racine; la sécrétion cornée s'est arrêtée. Lorsque cette croissance a atteint quelques pouces, on peut couper les cheveux sans qu'il en résulte d'inconvénient pour la santé. C'est à cette forme de la plique que se rapportent sans doute les expériences de Davidson, qui affirme en avoir coupé un grand nombre, sans que les individus en aient éprouvé de mal. D'autres variétés, fondées sur les formes extérieures et sur le lieu qu'elles occupent, ne nous paraissent pas devoir fixer l'attention; nous ferons seulement observer qu'elles dépendent des différences que présentent les cheveux dans leur longueur, dans leur disposition à se friser, et dans l'intensité du mal.

L'endurcissement des ongles accompagne quelquefois la plique; il paraît se montrer comme une addition supplémentaire à la sécrétion des cheveux.

Si les développemens dans lesquels nous venons d'entrer ont bien fait connaître notre pensée, on doit déjà entrevoir que la plique est une maladie propre aux cheveux et aux ongles, mais non existante par elle-même, ainsi que nous le prouverons plus loin. Encore une fois, si la plique était une maladie essentielle, pourquoi les médecins qui l'ont considérée comme telle n'ont-ils jamais pu réussir à en tracer une bonne description? Nous n'avons pas besoin d'ajouter que nous rangeons dans la même classe ceux qui l'attribuent à un virus spécial.

Lorsqu'on prend un à un les individus qui sont atteints de la plique, on acquiert la certitude qu'ils ont tous présenté ou présentent encore les signes des maladies aiguës ou chroniques qu'on observe dans les autres parties de l'Europe; mais si le retour à la santé a lieu, la sécrétion morbide des cheveux s'arrête, ceux-ci recommencent à pousser à l'état normal, et la plique peut alors être séparée de la tête sans aucun inconvénient. Nous n'hésitons pas à le dire, parce que les faits sur lesquels nous nous appuyons sont nombreux, les observations des médecins qui prétendent avoir vu la vraie plique sur des individus sains sont superficielles et insuffisantes; et quiconque offre cette lésion est ou a été nécessairement atteint de quelque trouble dans les fonctions. Cette vérité avait d'ailleurs été entrevue par les écrivains qui ont fait de la plique l'objet de leurs recherches, car ils disent qu'avant de se montrer sous la forme pathognomonique, la plique prend toujours le masque d'une autre affection connue. N'est-ce pas là annoncer qu'elle se manifeste comme symptôme ou mieux comme terminaison des maladies? Les sueurs n'apparaissent-elles pas de la même manière dans une foule de lésions, et personne cependant ne s'est encore avisé d'en faire une maladie essentielle?

Frappés des rapports qui lient la plique aux affections morbides connues, plusieurs médecins, parmi lesquels nous citerons M. Lebrun, ont cherché à l'isoler de ses complications. Voici comme s'exprime ce praticien dans son *Essai médical sur la plique polonaise*, pag. 16, Paris, 1817 : « Il n'est point étonnant, dit il, que plusieurs médecins, en lisant les descriptions de la plique, surchargées d'une quantité innombrable de symptômes, l'aient regardée comme un Protée susceptible de se présenter sous toutes les formes imaginables. Un examen attentif de ces descriptions nous fait voir que leurs auteurs ont rapporté les symptômes de la maladie sans avoir égard à l'ordre de leur suc-

cession; qu'ils n'ont point distingué les accidens dus à la section prématurée des cheveux, de ceux qui se présentent pendant la marche ordinaire de la maladie, et enfin qu'ils se sont laissés induire en erreur par des complications d'autres maladies avec la plique, qui en ont masqué les symptômes précurseurs. — Tels sont les argumens cités par ceux qui font de la plique une maladie essentielle; nous y avons déjà répondu; la suite de ce mémoire achèvera de montrer quelle confiance on doit accorder à cette opinion.

Ceci posé, pour rendre aussi brièvement que possible nos idées sur la nature de la plique, que nous considérons comme une affection morbide, n'apparaissant qu'à la suite des diverses autres lésions; et, pour en donner une définition qui exprime ses rapports de causalité avec ces maladies, nous ne saurions lui trouver une dénomination plus convenable que celle de *crise endémique locale*. L'exactitude de cette opinion ressortira dans tout son jour de l'examen des différentes manières sous lesquelles la plique se montre constamment comme phénomène critique, en même temps qu'elle fera voir son affinité avec les efforts critiques observés dans d'autres pays.

En première ligne nous rangeons cette forme que la plupart des auteurs ont admise comme incontestable, et dans laquelle la plique se montre à la fin des maladies graves comme une crise parfaite. Ce sont des affections aiguës, qui, après avoir atteint leur plus haute période d'intensité, malgré les soins le plus éclairés, perdent tout-à-coup leur violence à l'apparition d'hémorrhagies abondantes, de fortes sueurs, de dévoiement, de dépôts visibles dans l'urine; et quelquefois, de salivations spontanées. Sous l'empire des mêmes circonstances, nous avons vu survenir en peu de temps, quelquefois même en douze heures, l'intrication des cheveux, phénomène que nous étions forcé de considérer comme une crise favorable aux malades qui quelques momens avant semblaient déjà avoir un pied dans la tombe.

Tous ces cas ont été observés chez des hommes jeunes, dont la constitution était vigoureuse, et qui ont présenté des inflammations violentes du cerveau et de la poitrine, ou des affections de l'abdomen qui avaient précédé ou accompagné des fièvres graves. Dans ce dernier cas, nous n'avons jamais noté de symptômes particuliers qui aient annoncé la crise par l'intrication des cheveux; elle n'en a pas moins paru, masquée par l'augmentation des souffrances, et une certaine inquiétude qui agite alors les malades; l'irritabilité qu'on observe souvent avant la formation de la plique ne peut servir ici servir d'indice, à cause de l'abolition de la sensibilité. Il est deux mouvemens critiques qui par leur nature nous ont paru avoir beaucoup d'analogie avec cette forme de la plique. L'un d'eux consiste dans une éruption vésiculeuse autour des lèvres, dont l'apparition coïncide assez fréquemment avec la cessation brusque des affections connues sous le nom de fièvres gastriques; l'autre s'annonce par la formation de plaques gangréneuses sur les parties du corps soumises à la pression. Dans deux observations de ce genre où les individus semblaient voués à un mort certaine, l'apparition de ce phénomène chez l'un des malades, le onzième jour, et chez l'autre le quatorzième a déterminé une convalescence rapide.

Pour compléter ce que nous venons de dire sur le développement de la plique, considérée comme crise parfaite des maladies aigües, nous devons ajouter que nous rangeons dans la même catégorie les cas fort nombreux où la plique, non pas par elle-même, mais réunie à d'autres sécrétions critiques, contribue avec elles à la guérison.

La seconde espèce de plique, considérée comme crise, diffère seulement de la première par ses progrès lents, conformes à la nature des affections. Presque toutes les maladies chroniques, en effet, sont le résultat d'une affection aigüe qui fort souvent est insignifiante au début et ne fixe point l'attention, surtout dans l'enfance. Mais à la longue,

les attaques du mal se répétant, l'organisation finit par en présenter des traces visibles. D'autres fois, il arrive que des maladies aigües dont le siège, l'étendue et la force nous sont parfaitement connues ne se terminent ni par la mort du sujet, ni par des crises salutaires, mais arrêtées dans un degré quelconque de leur cours ordinaire, elles laissent les organes qu'elles ont attaqués dans un état morbide sensible. Telle est la classe des maladies inflammatoires qui présente si souvent dans son cours les obstructions des viscères. En considérant les moyens dont se sert alors la nature pour triompher des obstacles qui s'opposent au jeu des fonctions, nous retrouvons cette tendance aux excrétions critiques qui existe dans les maladies aiguës qui ont parcouru régulièrement leurs périodes. — L'art lui-même dans ces circonstances se propose de seconder la nature et de faciliter l'évacuation de la matière morbide. Les vésicatoires, les fonticules, ne sont que des excrétions critiques artificielles.

C'est précisément dans les mêmes conditions que la plique se montre en Pologne, surtout parmi les paysans et les habitans pauvres des villes : ces malheureux privés des prompts secours de la médecine; ignorant la nécessité d'y recourir à une époque où il serait facile d'empêcher leurs maux de passer à l'état chronique, aveuglés par le préjugé et l'incrédulité, s'obstinent à ne pas réclamer l'assistance des hommes de l'art, et s'en prennent à la plique de leurs maux. Pour reconnaître la vérité de ces observations, il suffit de se rappeler la rareté de l'intrication des cheveux chez les personnes des classes aisées, soumises cependant aux mêmes maladies, mais qui, par leur position, ont mille ressources à leur opposer; et si les femmes présentent plus souvent cette altération, cela s'explique par le plus grand nombre d'affections chroniques, en apparence insignifiantes, auxquelles elles sont sujettes après leurs couches.

Quelques faits feront mieux concevoir cette heureuse in-

fluence de la plique sur la terminaison des maladies chroniques. —Un colporteur juif, du grand-duché de Posen, présentait depuis plusieurs années des symptômes d'aliénation mentale ; les fonctions nutritives s'étaient altérées ; tout-à-coup se développent les phénomènes de la plique ; la raison et la santé reviennent plus florissantes que jamais. Mr le docteur Malcz, un des premiers praticiens de Varsovie, m'a raconté, parmi un grand nombre de faits, le suivant : La femme d'un colonel, considérée par tous les praticiens de la ville comme phthisique, était parvenue à un degré extrême d'émaciation, lorsque les symptômes de la plique commencèrent à se montrer ; bientôt les cheveux se feutrèrent et formèrent des paquets épais. A peine les premiers indices de la plique eurent-ils été reconnus par M. Malcz, qu'il remarqua que la maladie de poitrine diminuait d'intensité ; elle avait entièrement cessé avec la plique parfaite. Au bout d'un an l'intrication des cheveux s'arrêta, on put débarrasser la malade de sa plique, et six ans après la santé n'était point encore altérée. Nous croyons devoir rapprocher de ces faits ceux que nous avons observés à la Salpétrière et dans plusieurs maisons de santé, relativement à la cessation de la phthisie, lorsque l'aliénation mentale éclatait. Chez quelques femmes phthisiques depuis plusieurs années, la maladie de poitrine restait stationnaire dès que la folie se manifestait, et aussitôt que le délire cessait l'altération pulmonaire continuait ses progrès. Méad avait également fait cette remarque.

Plusieurs écrivains ont émis l'opinion que la plique est maintenant plus rare qu'autrefois, qu'elle se montre sous des formes beaucoup moins graves, et que selon toute apparence elle finira par disparaître entièrement. On ne saurait se dissimuler que depuis environ cinquante ans, la médecine, cultivée par un plus grand nombre d'hommes instruits, n'ait été étudiée en Pologne d'une manière plus philosophique qu'on ne l'avait fait jusqu'alors, et que par

cette raison les règles de l'hygiène et de la médecine n'aient été mieux dirigées et mieux appliquées, surtout dans les villes. Mais il n'en est plus ainsi, lorsqu'on pénètre dans la demeure de l'artisan ou dans la cabane du paysan, là se retrouve toute l'influence fâcheuse des maladies chroniques. — Les hôpitaux militaires nous fournissent la meilleure preuve qu'on peut par des soins convenables prévenir chez les soldats la formation de la plique, comme phénomène critique. En effet, ces militaires, presque tous fils de laboureurs, présentent rarement dans ces hôpitaux les signes de l'intrication qu'ils eussent infailliblement offerts dans la cabane de leurs pères. A quoi cela tient-il? A l'habitude où sont les médecins militaires d'attaquer énergiquement les maladies aiguës dès leur commencement, et de prévenir ainsi les terminaisons chroniques.

Mais avant de passer outre, nous devons répondre à deux objections qu'on ne manquera pas de nous faire: La plique devenu un véritable corps mort, et ayant perdu son rapport de causalité avec l'organisme, peut se renouveler sans qu'il se développe une autre maladie; en second lieu, la maladie primitive peut être guérie radicalement, et la plique continuer son développement, quelque bien portant que paraisse l'individu. Pour bien comprendre le premier de ces deux cas, il ne faut pas oublier qu'il survient, dans les maladies chroniques, des temps d'arrêt, pendant lesquels la source du mal n'est pas entièrement disparue, mais seulement stationnaire. Cet état de santé relative dure jusqu'à ce qu'une cause quelconque réveille le mal qui n'était qu'assoupi. C'est ce qu'on observe dans les tubercules pulmonaires, dans les tumeurs enkystées des viscères, dans les indurations, etc. Le même phénomène se remarque dans le mouvement critique de la nature qui se manifeste par la plique; celle-ci, n'ayant plus son point de départ, cesse jusqu'à ce qu'une circonstance nuisible reproduise la maladie première; l'autre cas est pour ainsi-dire l'opposé du

premier. Ainsi, le malade, après de longues souffrances chroniques, peut avoir entièrement recouvré la santé, et cependant la sécrétion de la matière cornée persiste dans les cheveux; l'économie s'accoutume alors à cette sécrétion morbide, et la plique revêt les caractères d'une affection purement locale. Mais ces cas rares exigent la plus grande attention, pour qu'on acquière la certitude que les individus ont réellement recouvré la santé. Les mêmes particularités se remarquent dans certaines éruptions cutanées, chroniques et opiniâtres, qui persistent longtemps après les lésions dont elle étaient évidemment des crises; dans les sueurs locales, et particulièrement dans celles des pieds et des aisselles, qui ont jugé de longues maladies, et enfin dans ces fonticules portés pendant longtemps et qui ne peuvent être impunément supprimés, si l'organisation s'est habituée à leur présence, même après la cessationdes maux pour lesquels ils avaient été apposés.

La plique ne se montre pas seulement sous les deux formes que nous venons d'étudier, elle peut encore s'associer aux maladies chroniques incurables. Souvent alors on voit dans les périodes moins avancées de ces maladies, l'apparition de la plique amener un soulagement plus ou moins grand des souffrances, et si l'on cherche à s'opposer au développement de l'affection des cheveux, des exacerbations funestes ne tardent pas à se manifester. Lorsque l'altération est parvenue au dernier degré, l'influence salutaire de la plique disparait entièrement, mais nous ne l'avons pas vue devenir un symptôme morbide, comme les sueurs et la diarrhée colliquatives. Il arrive, dans quelques cas rares cependant, que la sécrétion de la matière cornée s'opère avec une activité singulière; non-seulement les cheveux croissent plus vite, mais ils deviennent plus gros, égalent le diamètre des crins. Les muséum d'anatomie en renferment des exemples remarquables par leur longueur et leur diamètre extraordinaires. L'abondance de la matière se-

crétée semble alors se rapprocher jusqu'à un certain point des phénomènes de la colliquation.

Après avoir ainsi cherché à établir le rang que la plique doit occuper dans le cadre nosologique, nous allons jeter un coup-d'œil sur les causes et le traitement de cette maladie.

On divise en général les causes des maladies en deux classes, celles qui agissent sur un grand nombre d'individus, et celles qui n'exercent leur action que sur quelques personnes et dans des cas spéciaux. Dans la première classe se rangent les influences épidémiques et endémiques. La cause extérieure de la plique paraît bien évidemment appartenir à cette espèce, sans toutefois que nous puissions saisir les rapports du corps avec le climat et les autres influences telluriques. Toutefois si ce rapport se dérobe à nos recherches, il n'est point sans intérêt de passer en revue les pays où cette affection a été observée. C'est une chose digne de remarque, que la plique se trouve mentionnée et décrite par les médecins des nations voisines à une époque plus reculée que celle qui lui est attribuée dans les auteurs polonais. C'est ainsi qu'Hercule à Saxonia dit que les Allemands et les Hongrois, qui faisaient leurs études à Padoue, racontaient que cette maladie sévissait parmi le bas-peuple dans plusieurs endroits de leur pays. A l'appui de son opinion, il cite l'ouvrage de Jean-Schenk, médecin à Fribourg, dans lequel on trouve une citation relative à Jean Stadler qui écrivait en 1564. Après avoir décrit la plique, Schenk dit que les individus atteints de cette maladie, la regardant comme un moyen sûr de prévenir les apoplexies, les paralysies, la manie et la céphalalgie, n'osent ni couper leurs cheveux, ni les peigner. Il ajoute que ce mal est presqu'endémique dans la province de Brisgau, en Alsace, en Belgique et dans quelques contrées du Rhin. Le peuple lui donne le nom de *Marenflechte* (boucle de cauchemar), d'après la pensée où il est que le cauchemar colle

les cheveux pendant la nuit. C'est une opinion qui règne aujourd'hui dans quelques parties de la Pologne. Il serait curieux de rechercher si la plique existe encore dans ces endroits, et, si elle a disparu, comme tout porte à le croire, de faire connaître les motifs de sa disparition.

Si nous passons maintenant à l'examen de la seconde classe des causes qui agissent sur certaines personnes et dans des cas spéciaux, nous trouverons quelques coutumes propres à la nation polonaise ; c'est ainsi, par exemple, que nous rappellerons la manière d'entretenir les cheveux en usage dans ce pays, et dont l'influence sur le développement de la plique est facile à concevoir. En effet, les paysans et la plupart des habitans des petites villes ont l'habitude de porter une longue chevelure, et de conserver pendant plus de six mois un lourd bonnet fourré. Cet oubli des soins de la propreté tient à l'état misérable des classes inférieures, et surtout de la population juive, tant il est vrai que l'observation des lois de l'hygiène est en raison directe de la prospérité des peuples. Cette négligence, favorisant l'intrication des cheveux dans les circonstances indiquées, a donc des résultats analogues à la malpropreté du corps dans les pays chauds, dont les suites sont souvent des éruptions cutanées. Mais ce qui contribue surtout à l'apparition de la plique, c'est la conduite généralement adoptée par le peuple polonais au début des maladies. Instruit par l'expérience, que dans une multitude de cas les souffrances cessent après son apparition, il s'imagine qu'il est atteint de cette maladie, quel que soit le symptôme qu'il éprouve. Aussi s'empresse-t-il alors de faciliter et d'accélérer le développement de la plique, d'abord parce qu'il a la conviction qu'il ne saurait y échapper, et ensuite parce qu'elle est pour lui le signal du mieux et de la guérison. Plein de ces idées, il fait tout ce qui est en son pouvoir pour provoquer l'intrication des cheveux et amener ainsi cette sécrétion critique. Sans avoir égard à la diversité si grande des

maladies, il n'a qu'un but, celui d'empêcher le contact de l'air; il cesse alors de peigner ses cheveux, il s'enveloppe la tête chaudement, il a recours aux fumigations, il arrose le cuir-chevelu avec des liquides spiritueux et aromatiques. La sécrétion des cheveux ainsi augmentée acquiert, par suite de la maladie générale et sous l'influence des causes endémiques, ce caractère morbide qui constitue la plique. Ce préjugé n'est pas seulement répandu dans les classes inférieures de la société, il est aussi partagé par des personnes d'une condition plus élevée et même par quelques médecins. On voit dès-lors pourquoi ce phénomène se rencontre si souvent en Pologne, et l'on s'explique assez bien comment plusieurs auteurs l'ont attribué à la malpropreté.

Il ne nous reste donc plus qu'à tracer brièvement les bases du traitement le plus propre à prévenir le développement de la plique, ou la conduite à tenir lorsqu'elle s'est montrée. Il paraîtra peut-être singulier au premier coup-d'œil de nous voir discuter la manière de guérir un phénomène que nous considérons comme une tendance critique de la nature; mais les remarques suivantes démontreront qu'il ne s'agit point ici de remèdes spécifiques. Les anciens médecins, en adoptant la doctrine des crises, exagérèrent sans doute cette maxime fondamentale, que le médecin doit être le ministre de la nature. Dominés par l'idée d'évacuer, à l'aide d'une crise, la matière morbifique, ils se contentaient peut-être trop souvent d'une médecine expectante. Dans l'état actuel de nos connaissances, nous pensons que les excrétions regardées comme les effets de la crise sont le plus ordinairement plutôt un nouveau produit de la maladie. Mais en reconnaissant ce fait, nous devons éviter de nous laisser entraîner dans une extrémité opposée. On ne saurait se dissimuler qu'il n'y ait beaucoup de prétentions aujourd'hui dans les opinions de ceux qui croient pouvoir toujours prévenir et dompter ces dispositions, ces mouvemens morbides.

que nos ancêtres regardaient comme l'accomplissement inévitable et efficace des crises. N'oublions pas que l'observation impartiale confirme chaque jour la justesse de l'axiôme, que les excrétions critiques, dans quelques cas spéciaux, non-seulement annoncent une guérison, mais contribuent à la faire. — Certes, il y a loin de cette manière de voir aux idées surannées des anciens et au rôle d'observateurs passifs auxquels ils se condamnaient. Le véritable médecin doit appliquer à temps des modifications bien choisies, afin de tâcher de soustraire l'individu aux dangers auxquels il est naturellement exposé par la marche imprévue que peut prendre la maladie si on la laisse atteindre son plus haut degré. Agir autrement, ce serait suivre les erremens du peuple polonais, qui cherche dans toutes les maladies à favoriser le développement de la plique; ce serait imiter ces médecins qui, en reconnaissant la plique pour une maladie *sui generis*, cherchent à faire naître l'intrication des cheveux comme symptôme indispensable de la cure. L'expérience démontre aujourd'hui l'insuffisance des règles médicales généralement appliquées au traitement de la plique. Aussi les médecins qui proclament la spécificité de la maladie, ne peuvent-ils indiquer un traitement identique. Ils recommandent dans ce cas les préceptes de la thérapeutique générale, suivant qu'ils conviennent aux symptômes les plus saillans. C'est en effet là que consiste le véritable traitement; la lésion organique ou vitale exige seule le traitement, la plique n'est que l'accessoire. — Il résulte de ce que nous venons de dire que, lorsque la plique s'est développée, il faut rechercher l'organe malade, et en outre ne pas perdre de vue la nature critique de cette affection, pour ne pas s'opposer à l'intrication des cheveux lorsqu'elle est utile. La toilette et la coupe trop hâtive des cheveux pliqués auraient des suites fâcheuses.

Une des premières indications du traitement des phénomènes morbides consiste à faire disparaître les causes qui

leur donnent naissance. Ici nous devrions parler de l'influence de l'endémicité, mais malheureusement nous n'avons point de connaissances positives sur ce sujet. Il est donc hors de notre pouvoir d'indiquer un moyen sûr qui puisse anéantir cette influence endémique évidente, quoique inconnue, à laquelle nous sommes obligés d'attribuer l'apparition de la plique; mais nous pouvons cependant indiquer des moyens intermédiaires capables de limiter l'apparition trop fréquente des phénomènes. Au premier rang de ces moyens nous rangeons le traitement convenable et opportun des maladies, puis les soins de propreté, et en particulier l'entretien de la tête. Plus d'une fois nous avons été frappé dans certains villages, du coloris et de l'air de santé des jeunes gens. Nos recherches nous faisaient voir que c'étaient précisément les communes où les prêtres, attentifs au bien être de leurs paroissiens, donnaient un égal soin aux besoins du corps et de l'esprit. Leur zèle, secondé par la générosité des propriétaires, appliquait à temps aux maladies les remèdes convenables, et rendait ainsi inutile le développement de la plique. C'est une observation que nous avons déjà faite pour les hôpitaux militaires.

Nous ne pousserons pas plus loin ces remarques. L'idée de considérer la plique comme un phénomène critique avait déjà été émise par quelques auteurs, mais ils n'avaient fait que l'effleurer. Depuis plusieurs années, au contraire, elle a été pour nous l'objet d'une étude approfondie. C'est le résultat de ces travaux que nous soumettons aujourd'hui aux médecins, et surtout aux médecins polonais. Puissions-nous avoir fait quelque chose d'utile pour la science. Nous croirons avoir atteint ce but, si nous avons démontré que la plique n'est point une maladie essentielle; qu'elle ne se montre jamais qu'avec une lésion de l'organisme suffisamment connue; que dans beaucoup de cas elle apparaît comme crise favorable, et que le seul traitement qui lui convienne est celui de la maladie avec laquelle elle existe.

MÉDECINE ÉTRANGÈRE.

New views of the process of defecation, and their application to the pathology and treatment of diseases of the stomach, bowels, etc. — *Nouvelle théorie de l'acte de la défécation, et application de cette théorie à la pathologie et à la thérapeutique des maladies de l'estomac, des intestins, etc.; par* James O'Beirne, *M. D., chirurgien extraordinaire du Roi, etc. Dublin et Londres, février* 1833. *In* 8.°, *pp.* 286.

L'acte de la défécation joue un rôle assez important parmi les phénomènes fonctionnels dont l'accomplissement régulier est nécessaire à la santé, pour qu'on ne doive point s'étonner de voir un praticien distingué se livrer à des recherches plus philosophiques qu'agréables, dans le but de jeter sur ce sujet une plus vive lumière. L'ouvrage dont on vient de lire le titre renferme quelques idées neuves et souvent fort ingénieuses, corroborées par un assez grand nombre de faits qui, s'ils ne sont pas toujours aussi favorables que l'auteur paraît le croire aux doctrines qu'ils sont destinés à soutenir, sont du moins presque tous curieux et intéressans.

Dans l'automne de 1821, le docteur O'Beirne eut occasion de traiter, avec un plein succès, un tétanos traumatique, par les lavemens de tabac. En 1822, il employa la même médication dans un cas semblable, mais il échoua. Dans ces deux circonstances, il remarqua qu'on avait éprouvé une grande difficulté à pousser l'injection au-delà du rectum. Cela lui fit penser que la tunique musculaire de cet intestin participait à l'état général de spasme, et l'idée se présenta à son esprit d'introduire un tube de gomme élas-

tique dans l'S iliaque du colon. Au mois d'octobre de la même année, il eut une occasion de mettre cette idée à l'essai dans un cas de tétanos traumatique. Une large sonde de gomme élastique fut dirigée avec beaucoup d'efforts à travers les parois contractées du rectum, et lorsqu'elle eut pénétré à la profondeur de neuf ou dix pouces, elle passa tout-à-coup rapidement, comme après avoir franchi un rétrécissement; au même instant une grande quantité de gaz et de fèces liquides s'échappa par son canal; cette évacuation produisit un soulagement remarquable. Le docteur O'Beirne put alors administrer les lavemens de tabac et en apprécier les effets. De ce moment, dit l'auteur anglais, datent mes *succès inouis* dans le traitement de cette maladie jusque-là si funeste et si souvent incurable. Mais il ne borna pas là ses observations. Dans plusieurs autres maladies, qui sont remarquables par la constipation, il fit l'essai de ce procédé pour injecter divers liquides purgatifs dans les gros intestins, et presque toujours, assure-t-il, un succès rapide couronna ses efforts. Enfin il fut amené à cette conclusion, que l'action naturelle et l'état ordinaire du rectum sont tout le contraire de ce qu'on les croit généralement. Des expériences faites sur le rectum de personnes en état de santé, confirmèrent cette conclusion.

Depuis les temps les plus reculés jusqu'à nos jours, tous les physiologistes ont décrit les matières fécales comme passant librement de l'S iliaque du colon dans le rectum, et distendant graduellement ce dernier, jusqu'à ce que, par la pression qu'elles exercent sur le sphincter de l'anus et les muscles du périnée, elles leur communiquent une sensation pénible qui excite le diaphragme et les muscles abdominaux à en opérer l'expulsion. C'est encore une opinion généralement reçue, que la faculté de retenir les fèces et d'en permettre l'évacuation appartient exclusivement au sphincter de l'anus. Ces croyances doivent évidemment leur naissance à ce que l'S iliaque

du colon et le rectum forment, sur le cadavre, un canal continu, et à ce qu'il n'y a rien dans l'arrangement des fibres musculaires de ces deux portions intestinales qui offre l'apparence d'un sphincter; mais, suivant le docteur O'Beirne, il n'est pas difficile de démontrer qu'elles ont été adoptées trop légèrement. En effet, les gros intestins sont une espèce de réservoir destiné à retenir les matières fécales pendant un certain temps, et cet objet ne pourrait être rempli, s'il existait une libre communication entre le colon et le rectum; car les matières s'accumulant sans cesse dans ce dernier, le sphincter de l'anus serait soumis à une irritation continuelle. Il est impossible d'admettre cette libre communication, quand on réfléchit que l'S iliaque du colon est le principal réservoir des féces. Toute personne qui reçoit un lavement a la conscience d'un degré considérable de résistance à l'ascension du liquide à travers le rectum. Il est bien connu aussi de ceux qui ont l'habitude d'administrer des lavemens, que, quoique la seringue soit en bon état et la canule bien placée, il faut une force assez grande pour opérer l'injection du liquide. Les chirurgiens qui sont obligés d'introduire le doigt dans le rectum, soit dans une opération, soit pour explorer cet organe, y rencontrent extrêmement rarement des matières solides ou liquides. Dans le très-petit nombre de cas où l'auteur a trouvé des matières dans un rectum sain, elles étaient constamment en quantité excessivement petite, et il n'en a trouvé que dans la partie inférieure ou renflement de cet intestin. Les gens qui administrent les lavemens savent que presque jamais la canule n'est salie par les matières fécales, quelque longue qu'elle soit. On ne rencontre presque jamais des filamens membraneux traversant dans des directions variées la cavité des intestins grêles, du cœcum ou du colon, tandis qu'on en rencontre souvent dans le rectum, ce qui prouve que les parois du rectum doivent avoir été contractées, et que sa membrane interne a dû

être en contact avec elle-même dans toute son étendue assez long-temps pour effectuer l'organisation de ces filamens, et que par conséquent il n'a dû exister aucune communication entre cet intestin et l'S iliaque du colon, au moins pendant plusieurs heures. Le sphincter de l'anus est considérablement affaibli dans la maladie appelée *prolapsus ani;* ce muscle est complètement divisé dans l'opération de la fistule à l'anus, et par là rendu incapable, pendant un temps plus ou moins long, d'agir comme sphincter; non seulement ce muscle, mais encore une portion du rectum au dessus de lui, sont détruits quelquefois par des ulcérations vénériennes, cancéreuses ou autres; cependant il arrive rarement dans ces divers cas, que la faculté de retenir les excrémens soit entièrement détruite.

Frappé des remarques qui précèdent, l'auteur a cru devoir examiner plusieurs fois par jour le rectum d'un grand nombre de personnes non affectées de maladies, au moins quant à l'intestin, afin de déterminer son état habituel, l'époque à laquelle il se remplit, et la manière dont cette réplétion s'opère. Les résultats ont presque constamment été les mêmes. En introduisant un tube à la hauteur d'un pouce et demi dans le rectum, il ne sort ni vents ni matières; en l'introduisant à un pouce et demi plus haut, il ne sort rien encore, mais on peut le faire mouvoir librement dans une cavité que l'on reconnaît par l'introduction du doigt, pour être ce que les anatomistes appellent le renflement du rectum, et qui est parfaitement libre et ouvert. Depuis la partie supérieure du renflement jusqu'à l'extrémité interne du rectum, c'est-à-dire, dans une étendue de six à sept pouces, le tube éprouve une grande résistance, et il faut beaucoup de force pour dilater l'intestin que l'on sent manifestement contracté au point de n'offrir aucune cavité dans toute cette étendue. Quand l'instrument a atteint le point le plus élevé du rectum, la résistance devient plus énergique, jusqu'à ce que, à l'aide

d'une pression proportionnée, on le fasse passer rapidement au-delà en percevant la sensation d'un tube qui franchit un anneau, un rétrécissement plus ou moins serré, pour pénétrer dans une cavité où son extrémité peut être mue largement. Au même instant se fait une éruption ou de gaz, ou de matières liquides, ou des deux réunis. Dans quelques cas il ne sortit ni vents, ni matières, mais alors on avait senti distinctement l'extrémité du tube s'implanter dans une masse presque solide, en pénétrant dans l'S du colon; on en vit des traces non équivoques à l'extrémité de l'instrument, après l'expérience, et la personne qui s'y était prêtée alla presque immédiatement à la selle, et rendit une grande quantité de matières solides. Dans tous les cas où le tube présenta des traces de matières fécales, ces traces n'existèrent jamais que dans la portion de son extrémité supérieure qui avait pénétré dans l'S iliaque du colon.

L'auteur anglais a fait les mêmes expériences sur le rectum de personnes bien portantes, quelques minutes après une évacuation, et chez d'autres au moment où elles commençaient à éprouver un besoin modéré d'aller à la selle, et dans ces deux circonstances il a trouvé l'intestin vide et contracté. Il a conclu de tout ce qu'on vient de lire : 1.° que dans l'état sain et normal toute la partie du rectum située au-dessus de son renflement est toujours fortement contractée et parfaitement vide, excepté quelques minutes avant une évacuation, tandis que le renflement et l'S iliaque du colon sont toujours plus ou moins dilatés. 2.° Que le sphincter de l'anus n'agit que comme auxiliaire dans la rétention des matières fécales.

A ces recherches, l'auteur ajoute les considérations anatomiques suivantes. Les intestins grêles n'ont guère qu'une tunique musculaire; il en est de même du colon et du cœcum, avec l'addition de trois étroites bandes longitudinales. Le rectum possède une tunique profonde, composée de

fortes fibres disposées circulairement, et une tunique externe dont les fibres sont longitudinales; de plus, les trois bandes longitudinales de l'S iliaque envoient de fortes fibres charnues qui s'épanouissent sur le rectum et se mêlent à celles de sa tunique externe. Ainsi le rectum surpasse en puissance musculaire toutes les autres parties du canal intestinal. Le rectum est la seule portion de ce canal où l'on puisse suivre les ramifications des nerfs spinaux sans leur entrelacement préalable avec les filets du grand sympathique. Par conséquent, c'est la seule partie du tube digestif qui reçoive directement des nerfs moteurs et sensitifs. Il est permis d'en conclure que c'est la partie qui possède au plus haut degré l'irritabilité et la sensibilité. Si un canal ainsi constitué est excité à agir fortement, l'effet doit être semblable à celui qui a lieu dans l'œsophage après la déglutition, c'est-à-dire que ses parois se contracteront et que sa cavité s'oblitèrera dans la portion qui est située au-dessus du renflement.

Mais il y a une autre circonstance qui favorise cet état de vacuité du rectum jusqu'au moment où une évacuation intestinale est prochaine. La portion inférieure de l'S iliaque du colon, lorsqu'elle est vide, retombe dans le bassin où elle vient pendre au côté gauche du rectum; ce n'est que lorsqu'elle est distendue par les matières qui s'y accumulent, qu'elle se relève et est replacée dans la fosse iliaque gauche; on conçoit que cette disposition est bien propre à empêcher le passage, sinon des gaz, au moins des matières solides et liquides, de l'S iliaque dans le rectum.

Voici maintenant la nouvelle théorie proposée par l'auteur : Les matières contenues dans l'estomac ayant franchi le pylore, et étant entrés dans la portion supérieure transversale du duodenum, cette portion de l'intestin, qui était d'abord en repos, est excitée par le stimulus de la distension; les fibres circulaires et le petit nombre de longitudinales qui forment sa tunique musculaire, se contractent énergiquement sur la masse renfermée dans sa cavité, et la poussent

dans la portion suivante, qui est la moyenne ou verticale, et où sa présence excite la même contraction ; et ainsi, par une succession de dilatations et de contractions semblables, cette masse est dirigée d'une manière graduelle et régulière à travers la portion transverse inférieure du duodenum, dans la cavité du jéjunum, et de là, jusqu'à la fin de l'iléum. Cette progression est singulièrement favorisé par la pression égale et constante que les intestins grêles, en particulier, éprouvent de la part du diaphragme en arrière et des muscles abdominaux en avant dans leurs contractions alternatives pour contribuer à l'accomplissement de la respiration. Elle est encore facilitée d'une manière notable par les gaz qui se trouvent au devant des matières, qui dilatent à l'avance les portions intestinales que celles-ci vont parcourir, et qui, s'ils n'effacent pas complètement, au moins diminuent beaucoup l'acuité des angles nombreux formés par les circonvolutions intestinales, angles qui, sans cela, offriraient des obstacles réels à la marche des matières solides ou liquides.

Ces matières étant amenées par ce mécanisme à l'extrémité cœcale de l'iléum, et étant réduites à l'état d'excréments mêlés avec une grande quantité de gaz fétides particuliers, sont poussées dans le cœcum à travers la valvule iléo-cœcale, qui empêche leur retour dans l'intestin grêle. Dans cette nouvelle cavité, elles continuent leur progression en avant, mais par un mécanisme différent. Comme il est extrêmement difficile, sinon impossible, dit l'auteur, de donner une théorie satisfaisante de ce nouveau mécanisme, avant d'avoir établi les phénomènes ultérieurs, il passe sous silence la marche des matières à travers le colon et reprend ces dernières au moment où elles sont arrivées à l'S iliaque du colon, et où leur accumulation successive, en distendant cette partie du colon, la fait remonter du bassin, où elle pendait, dans la fosse iliaque gauche. Quand ceci a lieu, l'S iliaque, proportionnellement à la rapidité et

au degré de sa distension, tourne sur le rectum contracté comme sur un point fixe, jusqu'à ce qu'enfin, comme l'estomac, il dirige sa plus grande courbure en avant et en haut, et sa plus petite en arrière et en bas. Par ce mouvement, les matières sont portées perpendiculairement au rectum, et de manière à appuyer directement sur son extremité supérieure ou espèce d'anneau qu'il forme par sa contraction ; mais comme leur poids seul n'est pas suffisant pour leur frayer un passage au de-là, et que cet effet ne peut être obtenu ni par la douce pression qui résulte des contractions alternatives du diaphragme et des muscles abdominaux dans l'acte de la respiration, ni par les efforts de l'S iliaque elle-même dont la puissance musculaire est inférieure à celle du rectum, elles sont obligées de séjourner jusqu'à ce que leur accumulation qui va toujours croissant, et la distension qu'elle produit, déterminent une sensation de malaise suffisante pour exciter l'action spéciale des grands agents d'expulsion, le diaphragme et les muscles abdominaux. Ces muscles, au lieu de se contracter alternativement, agissent alors de concert, compriment de tous côtés ce qui est renfermé dans l'abdomen, poussent en bas la masse libre et flottante des intestins grêles, la font descendre jusque dans le bassin, de manière à presser fortement non seulement l'S iliaque distendue, mais encore le cœcum et la vessie. Par ce moyen les matières contenues dans l'S iliaque sont poussées dans toutes les directions contre l'anneau formé par la contraction du rectum, avec une force suffisante pour écarter les parois de cet intestin et se frayer une route. L'effort cesse, mais aussitôt que le rectum est rempli, il est excité à son tour, et ses contractions expulsives achèvent de faire descendre les excrémens dans le renflement. Là, leur accumulation produit une sensation de pesanteur et de malaise au périnée, un besoin pressant d'aller à la selle, et détermine un effort encore plus énergique qui surmonte la contraction du sphincter et effectue l'entière expulsion des fèces. La vessie,

quoique soumise à une pression considérable pendant cet acte, n'est pas évacuée au même moment, mais immédiatement après, parce que, durant le dernier stade de l'acte de la défécation, l'accumulation des matières dans le renflement du rectum et dans l'anneau du sphincter dilaté pousse en haut la glande prostate contre le pubis, et empêche ainsi mécaniquement l'écoulement de l'urine, jusqu'à la sortie des matières. Après l'évacuation du rectum et de la vessie, l'effort cesse, le rectum et le sphincter de l'anus reprennent leur état habituel de contraction, le diaphragme remonte, entraînant avec lui et rendant à la place qu'ils doivent occuper, le foie, l'estomac, la rate, les intestins grêles, le cœcum, et les portions ascendante, transverse et descendante du colon. Mais la portion inférieure de l'S iliaque du colon est située différemment. La longueur et la liberté de son repli péritonéal la forcent de rester dans la cavité du bassin où elle a été portée pendant l'effort d'expulsion, jusqu'à ce que sa cavité se remplisse de nouvean et soit distendue; car, comme on peut s'en assurer par un léger coup d'œil, les connexions des intestins grêles et gros avec le diaphragme, à l'aide du péritoine, sont telles que la portion inférieure du colon est la seule portion du tube digestif qui ne soit pas obligée de suivre les mouvemens de ce muscle et qui ne soit en rien influencée par ses contractions. C'est ce fait anatomique qui a fait admettre par le Docteur O'Beirne que chez l'homme vivant l'S iliaque, dans l'état de vacuité, occupe la place qu'on la voit constamment occuper dans le cadavre.

Ici se trouve la théorie du passage des matières, du cœcum à l'S iliaque du colon. Mais comme cette partie est beaucoup moins claire et beaucoup moins satisfaisante que celle qu'on vient de lire, je la passerai sous silence, en conseillant à l'auteur de la refaire presque complètement, et je reprendrai l'ouvrage dont je donne l'analyse, à l'endroit où le docteur O'Beirne fait l'application de ses idées physiologiques à la pathologie.

L'irritation du canal digestif lui-même, d'un de ses centres nerveux, ou des organes avec lesquels il sympathise, peut être assez peu intense pour que ses effets se bornent à hâter l'évacuation intestinale, sous la forme d'une diarrhée légère ; mais si elle est plus forte, l'effet en sera ressenti plus particulièrement par la portion du canal qui est la plus musculaire et la plus irritable. Cet effet se manifestera donc principalement dans le rectum, déjà contracté, et dont la force contractile est encore augmentée ; de là, une constipation plus ou moins complète. Si la constipation est opiniâtre, le malade peut n'éprouver aucun inconvénient, et continuer à satisfaire son appétit comme à l'ordinaire, jusqu'à ce que le cœcum et le colon deviennent tellement distendus, qu'ils ne puissent plus admettre les matières qui leur sont apportées de l'iléum ; alors se manifestent la douleur dans les entrailles, un sentiment de torsion autour de l'ombilic, les vomissemens, etc. Si on laisse exister cet état pendant assez longtemps, les matières solides et liquides et les gaz, ne trouvant plus d'accès dans le colon, s'accumulent dans l'iléum, et les autres intestins grèles, provoquent une action énergique de ces intestins et des muscles abdominaux, et deviennent ainsi enfin la cause de leur propre expulsion par la bouche, seule voie qui leur soit ouverte, ou qui du moins ne leur offre pas des obstacles insurmontables. Ainsi s'expliquent les vomissemens stercoraux, sans recourir à l'hypothèse gratuite d'un mouvement antipéristaltique. On prévoit les désordres qui peuvent survenir, si le malade est abandonné à lui-même. Ainsi, le principal obstacle est à l'extrémité supérieure du rectum, entre le renflement et l'S iliaque du colon, et correspondant au point le plus exposé aux irritations, soit mécaniques, soit chimiques, suivant le docteur O'Beirne, de tout le canal.

Quand on considère, continue-t-il, combien les accumulations de matières se font souvent dans l'S iliaque du co-

lon, par l'habitude dangereuse et pourtant commune de résister aux besoins d'aller à la selle; combien est fréquent l'usage d'alimens irritans et indigestes et des purgatifs drastiques; et combien il arrive souvent que les produits de la sécrétion hépatique ou intestinale revêtent des qualités irritantes et délétères, par ces causes et plusieurs autres de diverse nature, on ne peut guère se refuser à admettre que cette partie des voies alimentaires ne soit dans un état presque permanent de spasme et d'excitation. Voilà pourquoi le rétrécissement spasmodique a lieu si souvent en cet endroit, et pourquoi la constipation est un symptôme si fréquent des maladies. C'est de même aussi qu'on peut expliquer la formation de ce col ou partie resserrée, que l'on observe si souvent à l'extrémité inférieure de l'S iliaque chez les sujets de tout âge et des deux sexes, et que l'on ne doit point regarder, avec M. White, de Bath, et plus récemment, MM. Salmon et Calvert, de Londres, comme un vice congénital de conformation.

Je ne suivrai point l'auteur dans l'énumération de toutes les causes de constipation; je n'extrairai de cette partie de son travail, que quelques lignes. Quoique les membranes muqueuses, dit-il, soient plus sujettes aux ulcérations qu'aux adhérences, cependant ces dernières peuvent se former occasionnellement dans le rectum, dans un état d'inflammation intense. Mais avant que ces adhérences aient acquis de la solidité, l'évacuation des matières ou les brise entièrement, ou les alonge en filamens membraneux, qui se croisent dans des directions variées. C'est ainsi que se forment ces espèces de réseaux que l'on rencontre quelquefois dans le rectum, et qui, tout en laissant un passage aux fèces liquides et aux gaz, empêchent toute évacuation d'excrémens solides, et produisent une sorte de constipation qui ne peut se guérir que par la division de ces productions morbides. Un des exemples les plus remarquables de ce genre de constipation a été consigné par M. Renauldin,

dans le *Dictionnaire des sciences médicales*, article *Constipation*. Le sujet de cette observation avait souffert d'une constipation opiniâtre, depuis sa naissance jusqu'à l'âge de quarante-quatre ans, époque à laquelle elle causa sa mort. L'anus était excessivement dilaté; la cavité du rectum était traversée par un réseau fibreux, situé un peu au-dessus de l'anus, et au-delà de cette obstruction, le rectum et les autres intestins étaient si énormément dilatés, qu'ils remplissaient la cavité du bassin et celle de l'abdomen, et contenaient trente kilogrammes d'une matière noirâtre, pultacée et infecte.

D'après ce qui précède, le principal obstacle au cours normal des matières étant situé, en général, à l'extrémité interne du rectum, l'indication n'est pas douteuse : dilater mécaniquement le rectum, établir une libre communication entre lui et le colon, et procurer une issue aux matières ainsi emprisonnées. On y satisfait par l'introduction jusque dans l'S iliaque du colon, d'un tube de gomme élastique à travers lequel on peut injecter divers liquides. Ici, l'auteur borne ses applications aux cas où la constipation est due aux causes ordinaires. Il décrit longuement un appareil compliqué, pour les injections de l'S iliaque, et je renvoie à l'ouvrage anglais ceux qui désireraient en prendre connaissance. Il me semble qu'un simple tube et une seringue ordinaire suffiraient dans presque tous les cas. Il ne me reste plus maintenant qu'à transcrire les plus intéressans des faits rapportés par l'auteur, comme exemples des effets avantageux qu'on peut retirer de son procédé. La plupart de ces faits sont curieux et n'ont besoin que d'être racontés avec plus de concision.

Obs. Ire — Le sujet de cette observation était une dame de 40 ans, sujette à la goutte. En février 1824, ses genoux étaient enflés, rouges et douloureux; elle avait eu des nausées, des éructations et de l'anorexie. Ces symptômes furent dissipés en deux jours par les antiphlogistiques et le

colchique. La malade fut purgée. Quatre jours après, elle se réveilla avec une douleur extrême vers l'épigastre, accompagnée de vomissemens ; les extrémités étaient froides, le visage décomposé, le pouls petit et fréquent, et l'épigastre douloureux à la pression. Il n'y avait point eu de selles depuis le soir précédent ; en un mot, dit l'auteur, c'était un exemple évident de métastase goutteuse sur l'estomac ; la malade paraissait en grand danger. Le docteur O'Beirne essaya, par des lavemens et divers autres moyens, d'évacuer les intestins et d'adoucir la douleur et l'irritabilité de l'estomac, mais il ne put réussir. Il prescrivit, en désespoir de cause, un lavement abondant, composé avec la scammonée, le jalap, la coloquinte, etc. La garde-malade éprouva beaucoup de peine à injecter le liquide, qui fut rejeté presque aussitôt. Le lendemain matin, un tube fut introduit dans l'S iliaque, et donna issue à plus de trois pintes de sérosité limpide. La malade en éprouva un soulagement remarquable et instantané. Pendant le reste de ce jour et le suivant, le même liquide fut évacué sans aucun mélange de matières fécales. La santé revint rapidement.

Obs. IIe — Une jeune dame, qui faisait usage de corsets trop serrés, fut prise de douleurs dans le dos, dans l'épigastre et les régions voisines. Cette douleur était augmentée par l'ingestion des alimens. La crainte de la souffrance la portait à rester jusqu'à douze heures sans manger, et à manger très-peu ; elle devint extrêmement constipée, et vomissait souvent ce qu'elle avait mangé. En décembre 1830, la constipation commença à résister aux lavemens et aux autres moyens, et à produire une grande anxiété. En mai 1831, elle fut soignée par le docteur O'Beirne, à qui elle assura que depuis six mois elle n'avait rendu ni fèces, ni vents, malgré une foule de moyens auxquels on avait eu recours. A cette époque, l'état de la malade était le suivant : insomnie rebelle à tout ; irritabilité de l'estomac, telle que depuis deux mois elle ne pouvait rien prendre qu'une

cuillerée de lait et d'eau de chaux, plusieurs fois dans la journée, et même ce breuvage était vomi presqu'aussitôt et paraissait peu altéré pour la quantité et la qualité; faiblesse qui ne l'empêchait cependant pas de marcher un peu seule; elle était loin, quoique mince, d'être émaciée au degré qu'on pourrait supposer; rien de remarquable du côté du ventre; pouls faible, mais régulier; langue blanche et sale; menstruation, pendant toute sa maladie, régulière quant à l'époque, la quantité et la qualité, mais accompagnée d'une vive douleur. Le tube de gomme élastique fut introduit, mais sans résultat, et lorsqu'on l'eut retiré, on trouva son extrémité salie par des matières fécales, ce qui apprit au docteur O'Beirne que l'S iliaque était distendue par des fécès solides. En conséquence, il réintroduisit le tube, y adapta une seringue et fit injecter un lavement; pendant l'opération qui exigea un certain degré de force, la malade se sentit vivement sollicitée d'aller à la selle, cependant on ne lui permit pas de satisfaire ce besoin, et on continua jusqu'à ce que tout le liquide fut entré. Le tube fut alors retiré, et deux minutes après, la malade remplit presque entièrement un large vase de nuit; les matières étaient solides, offraient l'aspect normal et étaient disposées en cylindres remarquablement gros. Aussitôt après, elle sentit diminuer considérablement l'irritation de l'estomac et des entrailles, dont elle avait souffert pendant si longtemps, mais elle était extrêmement faible. Quoiqu'une quantité considérable de féces fut évacuée les deux jours suivans, elle continua à être privée de sommeil et à être fatiguée par les spasmes et les vomissemens. Elle ne pouvait prendre que quelques cuillerées de lait. Enfin, son état empira de plus en plus. En étendant ses recherches, le médecin anglais reconnut une grande sensibilité de la colonne vertébrale, depuis la sixième vertèbre dorsale, en bas. On y appliqua des sangsues, puis des vésicatoires, puis enfin on y fit des frictions avec la pommade émétisée, qui pro-

duisit une éruption pustuleuse. Depuis ce moment, l'estomac garda les alimens; le rectum cessa peu-à peu d'offrir tant de résistance à l'introduction du tube, qui lui-même cessa d'être nécessaire; enfin le sommeil, les forces et la santé reparurent.

Cette observation est un vaste sujet de réflexions; cette coïncidence de la constipation avec une altération de la moelle épinière est extrêmement remarquable.

Obs. III.° — Une jeune femme, dont les règles s'étaient supprimées, essaya de se couper la gorge le 21 février 1830. On lui administra des purgatifs qui agirent abondamment. Elle demeura taciturne pendant plusieurs jours, puis tout-à-coup devint furieuse et fut prise de constipation. Le calomel, la coloquinte, l'huile de ricin et diverses potions purgatives, ne produisirent aucun effet. Après sept jours de constipation opiniâtre, on passa un tube dans l'S iliaque. Il sortit par son canal une quantité considérable de vents et de matières liquides. Cette évacuation fut suivie d'un amendement général, et depuis ce moment la guérison marcha rapidement.

Obs. IV.° — Le sujet de cette observation était un jeune homme, qui avait depuis long-temps une mauvaise santé, et dont les organes digestifs étaient dans un état de désordre extrême. Le docteur O'Beirne commença à lui donner des soins le 21 octobre 1831. Son visage était anxieux et décomposé, son pouls régulier, mais faible; sa langue était couverte d'une couche brune; son urine était peu abondante, foncée, et tachait le vase de nuit. Il n'avait eu aucune évacuation quelconque du rectum depuis quarante-huit heures, et depuis plusieurs jours il vomissait régulièrement tout ce qu'il mangeait et buvait, dans les douze heures qui suivaient l'ingestion des alimens. L'abdomen était considérablement tendu et tympanitique, mais pas le moins du monde douloureux. Le malade fit remarquer au docteur O'Beirne une tumeur de la grosseur et de la forme d'une

orange, située dans la région iliaque gauche, près de l'épine antérieure et supérieure de l'os des îles, et s'étendant au-dessus et au-dessous de cette épine. Elle était mobile, ferme, inégale, indolente, et pouvait être facilement embrassée entre les doigts et le pouce. Le malade sentait des vents qui circulaient dans les intestins, qu'il ne pouvait chasser, et qui lui semblaient être arrêtés à cette tumeur; il éprouvait aussi un sentiment de pesanteur et de malaise dans la région lombaire. Le tube de gomme élastique fut introduit dans le colon. Cette opération offrit des difficultés non ordinaires; lorsque le tube pénétra dans l'S iliaque, il sortit une quantité immense de gaz et quelques féces liquides, avec un tel soulagement, qu'il ne fut pas jugé nécessaire d'injecter un lavement. On prescrivit une goutte d'huile de croton-tiglium immédiatement, un large emplâtre de belladone sur l'abdomen, et pour le soir une potion diurétique. Pendant deux ou trois jours il sembla mieux, mais le 25 il était plus mal que jamais. Le tube fut introduit de nouveau avec difficulté. Une demi-chopine d'eau tiède fut injectée et retenue. Tout-à-coup le malade se leva sur son lit et parut mourant de quelque violent effort interne. Au bout de quelques minutes il rendit par la bouche près d'une pinte de matière fécale à moitié liquide. Quand ce vomissement fut fini, le pouls se releva, il avala un peu d'eau-de-vie, et eut une nuit passable. Il expira le lendemain, dans un accès de vomissement.

Autopsie. — L'estomac, le duodénum, le jéjunum et les deux tiers supérieurs de l'iléum étaient énormément distendus par des matières fécales liquides, mais leur membrane était saine, excepté en un point qui sera indiqué tout à l'heure. Le tiers inférieur de l'iléum, le cœcum, tout le colon et le rectum jusqu'à son renflement, étaient contractés au plus haut degré possible, mais également exempts d'altérations, quant à leurs tuniques. Une tumeur volumineuse, située dans la partie supérieure de la fosse

iliaque gauche, et formée par une couche remarquablement épaisse de lymphe coagulable solidement organisée, enveloppait, premièrement, une circonvolution de l'iléum très-épaissie dans ses parois, dans une étendue de près de deux pouces, au-dessus du commencement du son tiers inférieur; secondement, environ deux pouces de l'S iliaque du colon, qui étaient étroitement contractés, mais à cela près parfaitement sains. Au dedans de cette circonvolution de l'iléum, et du côté qui correspondait à l'S iliaque, il y avait une ouverture circulaire tapissée par une membrane rouge-obscur, fongueuse, assez large pour admettre le pouce, et conduisant dans une espèce de cavité située entre l'iléum et l'S iliaque du colon. La communication entre les deux tiers supérieurs de l'iléum et son tiers inférieur était si étroite, qu'on pouvait à peine y introduire un tuyau de plume. Tous les autres viscères de l'abdomen et du bassin étaient sains.

Obs. V.e — On vint chercher un soir le docteur O'Beirne pour un monsieur qui, disait-on, se mourait de crampes à l'estomac. Le docteur trouva le malade assis sur son lit, penché en avant, et se plaignant d'éprouver la douleur la plus violente dans la région épigastrique. Son visage était pâle, contracté, et exprimait la plus grande souffrance; son pouls était à peine sensible. Il était constipé depuis plusieurs jours; il était sujet depuis plusieurs années à ce qu'il appelait des crampes d'estomac; ces crampes cédaient ordinairement à l'eau-de vie, au laudanum, à l'éther, etc., mais cette fois il n'en avait éprouvé aucun soulagement. Le docteur O'Beirne introduisit de suite un tube dans le rectum. L'introduction en fut assez facile jusqu'à la hauteur de huit à neuf pouces, où il fallut employer beaucoup de forces pour le faire pénétrer dans le colon. Au moment même, il s'échappa une grande quantité de gaz à travers le tube; le malade s'écria aussitôt : *je suis guéri!* et en effet son visage et ses mouvemens changèrent complètement.

On prescrivit une potion et un lavement purgatifs, le plus promptement possible. Le lendemain, il était très-bien. Depuis ce moment, il n'est plus sujet, comme auparavant, aux *crampes d'estomac*.

Obs. VI.e — Cette observation a été communiquée à l'auteur par le docteur Gregory, chef de la maison d'accouchement de Coombe. Je la choisis au hasard parmi plusieurs observations analogues que l'on doit à M. O'Hara, accoucheur résident du même établissement.

Johanna Barnard, âgée de 25 ans, fut apportée à cette maison d'accouchemens, le 5 mars 1828, souffrant de si vives douleurs dans les aines et tout l'abdomen, surtout autour de l'ombilic et de l'hypogastre, qu'elle ne pouvait supporter la plus légère pression. Pouls petit et presque imperceptible, visage anxieux, prostration, constipation, soif, etc. Quelques jours auparavant, elle avait avorté dans le quatrième mois de sa grossesse, et elle assurait qu'avant cet accident sa santé était excellente. On lui tira immédiatement vingt onces de sang du bras, on lui administra un lavement de térébenthine, fomentations sur l'abdomen, trois grains de calomel, et un quart de grain d'opium, toutes les heures; un second lavement au bout de trois heures, et au besoin l'huile de ricin. Le 6, elle se trouvait un peu mieux; elle n'avait eu aucune selle. On fit continuer les pilules, les lavemens et les potions purgatives. Le 7, elle avait passé une mauvaise nuit, avait eu une ou deux évacuations très-médiocres; la salivation s'était établie, et la bouche était douloureuse. On introduisit un tube œsophagien dans toute son étendue, au travers du rectum, et par sa cavité on injecta cinq ou six pintes d'eau tiède, de l'huile, et environ un verre de térébenthine. Quelques minutes après cette opération, elle rendit une énorme quantité de matières fécales, et se trouva soulagée à l'instant même.

Le docteur O'Beirne, comme la plupart de ceux qui in-

ventent ou perfectionnent un procédé, quel qu'il soit, multiplie considérablement les applications de celui qui lui est propre. C'est ainsi qu'il emploie son tube dans la dysenterie, le *delirium tremens*, les hernies intestinales. Il cite plusieurs cas de hernies où l'évacuation d'une grande quantité de gaz et de féces, déterminée par l'introduction du tube dans le colon, a soulagé beaucoup le malade et facilité la rentrée des viscères herniés, par le taxis, lorsque le débridement paraissait auparavant inévitable. Il fait encore une remarque qui n'est pas sans intérêt ; dans les cas où l'on ne peut nourrir un malade que par l'anus, n'est-il pas plus avantageux d'évacuer complètement, par ce moyen, les gros intestins, et d'employer ce procédé pour injecter le liquide alimentaire qui sera introduit en plus grande quantité, et conservé plus long-temps pour l'absorption ?

On doit savoir gré au docteur O'Beirne d'avoir éclairé plusieurs points obscurs de l'acte de la défécation, et il est à désirer que l'on poursuive des recherches qui peuvent avoir des résultats si utiles. Quant à l'introduction d'un tube de gomme élastique dans le colon, je ne crois pas que cette opération puisse être employée fréquemment ; elle offre des difficultés qui exigent beaucoup d'habitude et d'adresse ; cependant elle mérite d'attirer l'attention des praticiens, car elle peut être extrêmement utile dans quelques cas de constipation très graves, dans quelques cas de hernies, et peut-être dans d'autres circonstances. G. R.

Des anomalies de structure et des maladies du thymus ; par FR. CHR. HAUGSTED, *D. M.* (1).

Renfermé dans la cavité thoracique, à l'abri des stimu-

(1) Tiré de l'ouvrage intitulé : *Thymi in homine ac per seriem animalium descriptio anatomica, pathologica et physiologica, iconibus* XXXIV, *ad naturam delineatis, illustrata.* Copenhague, 1832 ; in-8.°

lations du dehors et de l'action des puissances nuisibles, le thymus paraît être assez rarement affecté de maladie. Mais la cause principale de la rareté des observations relatives à cet objet, c'est que la plupart des médecins, ou du moins des praticiens négligent ordinairement l'examen d'un organe si peu volumineux et dont les fonctions leur sont inconnues, et que ses maladies échappent par conséquent à l'attention des pathologistes. Combien n'est-il pas rare en effet, dans les relations d'autopsie cadavérique, qu'il soit fait mention de l'état du thymus sain ou malade ?

Et dans le nombre des observations qu'on possède d'altération de cet organe, la plupart fournissent peu de lumières parce qu'elle sont décrites avec peu de soin, que ces altérations ne sont parfois indiquées que par de simples dénominations, non toujours exactes, et rarement accompagnées d'une indication, incomplète ou peu soignée, des symptômes auxquels elles avaient donné lieu durant la vie. Plus d'une fois, d'ailleurs, on paraît avoir décrit pour des altérations du thymus des tumeurs qui occupaient la place de cet organe, et qui l'avaient fait disparaître.

Quoi qu'il en soit, il paraît résulter des données fournies par l'anatomie pathologique, que les affections morbides du thymus ne donnent lieu à d'autres accidens qu'à ceux que provoque la compression des organes de la respiration ; accidens auxquels s'ajoute un amaigrissement considérable, surtout chez les très-jeunes enfans. Quant à l'hydrocéphale, à laquelle donneraient lieu, suivant Hood (1) les maladies du thymus, qui, en augmentant son volume, gênent le retour des humeurs en circulation, par la compression des vaisseaux du cou, il s'en faut bien qu'on l'observe dans tous les cas.

Nous allons rapporter, en les classant selon leurs analogies

(1) Alex. Hood : *In Edinburgh Journal of Medical science*. 1826, vol. III, pag. 39, *sqq*.

(autant que le permettra l'insuffisance des descriptions) les principales observations qu'on connaisse, d'affections et d'altérations morbides du thymus, en y joignant autant que possible, la description des symptômes qui les accompagnent. Nous commencerons par les *vices d'évolution* ou anomalies qui comprennent les cas d'absence du thymus, de petitesse insolite, d'excès de nombre ou du volume; viendront ensuite les *vices ou altérations de structure* : l'inflammation, la suppuration, le squirrhe, les tubercules, les stéatômes, les concrétions calculeuses, et les ossifications.

Chapitre Ier. — Absence du thymus. — Il a été établi (1) que, chez l'homme, le thymus ne manquait peut-être jamais, si ce n'est chez des monstres. Or, pour faire servir à la physiologie l'étude des anomalies, il convient de rechercher dans quelle espèce de monstruosités, et avec quels autres organes manque ordinairement celui-ci. C'est le plus souvent en même temps que l'encéphale qu'on a vu manquer le thymus. Dans tant de cadavres de fœtus et d'enfans qu'il a disséqués, il n'est pas arrivé une seule fois au grand anatomiste Meckel de ne le point trouver, si ce n'est chez des acéphales vrais (2), chez lesquels il n'y en avait pas de trace. La même observation, au rapport de Riegels (3), avait été faite par Winslow, qui démontra, dans ses leçons publiques, l'absence du thymus et des glandes surrénales chez les acéphales. Cela doit s'entendre au reste des acéphales proprement dits, et non des acéphales faux ou fœtus acraniens, ainsi qu'on le verra plus loin.

Brodie a observé un cas singulier : il a vu, dans un fœtus

---

(1) Haugsted. (Fr. Chr.) *Thymi in homine, etc., descriptio*, p. 10, §. 5.

(2) J. F. Meckel : *Handbuch des patholog. Anat.* Leipzig, 1812, in-8.° T. I.er, p. 486. — Compar. son *Manuel d'anat. gén. descript. et pathol.* T. III, p. , §. 2342.

(3) Nic. Riegels : *Diss. de glandulis suprarenalibus in animalibus nec non de origine adipis.* Copenhague, 1790, in-4.°, pag. 23.

de sept mois, non acéphale, manquer le thymus, le cœur, la plèvre et le foie (1). Quant à l'observation de Wrisberg, qui chercha vainement le thymus sur un fœtus qu'il estimait avoir environ dix semaines, et dont les dissections attentives n'en purent faire découvrir la moindre trace (2), elle n'a rien d'étonnant puisque chez le fœtus de cet âge, le thymus, tout nouvellement formé, n'a qu'un très-petit volume (3).

Chapitre II. — *Thymus multiple, ou divisé en plusieurs parties.* — La division du thymus en plusieurs lobes ne paraît point avoir un caractère pathologique. La simple laxité anomale du tissu cellulaire-interlobulaire suffit pour y donner lieu, et l'on croirait à autant de thymus qu'il y a de lobes séparés. Cooper a publié un cas de ce genre (4); dans un fœtus acéphale, manquant de cœur, de poumons, de diaphragme, de foie, de reins, de rate, de pancréas et d'intestins grèles, il trouva, à la place du thymus, *trois glandes*, petites à la vérité, mais qui, observées au microscope, présentaient une substance semblable au thymus. Sur un autre fœtus anencéphale, femelle, conservé dans l'alcohol, Otto remarqua, ce qui suit: « les viscères de la poitrine ne présentent rien d'insolite, si ce n'est la glande thymus, qui est composée de cinq lobules longs et étroits, et qui surpasse de beaucoup le volume du thymus d'un enfant de huit jours (5). Un cas de division de ce genre s'est présenté à l'observation de Roesslein (6), et Lucæ (7) dit en avoir vu plusieurs.

(1) Hufeland: *Bibliothek*, etc. 1817. T. I.er, p. 106.

(2) A. H. Wrisberg: *Descript. anat. embryonis.* Gottingue, 1764, in-4.°, p. 23.

(3) C'est au troisième mois que commence à paraître le thymus. Haugsted, *op. cit.*, §. 49, pag. 91.

(4) William Cooper: *An account of an extraordinary acephalous birth. in Philosophical Transactions.* Vol. LXV, 1775, in-4.°, p. 413.

(5) A. G. Otto: *Monstrorum sex humanorum anat. et physiolog. disquisitio.* Francfort-sur-l'Oder, 1811, in-4.°, obs. II, p. 13.

(6) Roesslein: *Diss. de differentiis inter fœtum et adultum*, sect. 1. Strasbourg, 1783, in-4.°, p. 34.

(7) Lucæ: *Anat. Untersuchd. Thymus.* 1811, p. 25.

Au reste comme, à son origine, le thymus se présente constamment tantôt plus, tantôt moins divisé, on ne ferait point figurer cet état dans l'anatomie pathologique, s'il n'é-taît permis, à l'exemple de Meckel, de l'expliquer par un arrêt de développement.

Chapitre III. — *Petitesse du thymus*. — Chez les fœtus dépourvus de cavité cranienne, (anencéphale, *acephali spurii*), d'ordinaire le thynus ne manque point, mais on l'a trouvé quelquefois moins développé. Sur un fœtus acranien de cette espèce, de sept mois, de sexe féminin, conservé depuis quelques temps dans l'alcohol, auquel manquait le crâne, et dont les hémisphères cérébraux étaient assez fortement applatis, Otto (1) trouva le thymus d'un volume notablement moindre que l'ordinaire, (*admodùm parvum*), égalant à peu près la grosseur de la moitié du corps thyroïde. Meckel (2) fit la même observation sur un fœtus dont la rate, de structure normale, égalait presque en volume celle d'un adulte; et Renard (3) trouva chez un anencéphale, le thymus et les glandes surrénales moindres que dans l'état naturel.

Mais quoiqu'on ait trouvé assez souvent dans l'anencéphalie le volume du thymus moindre qu'il ne doit être, le fait n'est pourtant pas constant. Il existe en effet un certain nombre d'exemples de fœtus acraniens, chez lesquels le thymus avait non seulement atteint, mais même dépassé son volume naturel. Tel est le cas de trois anencéphales qui font parties des quatre monstres décrits par Otto. Le premier fœtus, de huit mois, de sexe masculin, dont le cerveau n'était recouvert que par les tégumens communs, avait un thymus de

---

(1) A. G. Otto : *Monstrorum sex humanorum anat. et physiol. disquisitio*. Obs. 4, p. 16.

(2) Meckel : *Patholog. Anat.*, T. I.er, p. 488. — Compar. son *Anat. gen. descript. et pathol.* T. IV.

(3) Renard : dans *Journal de méd., chir. et pharm.* de Corvisart, Leroux et Boyer. T. XXIII, p. 118.

grandeur insolite pour cet âge, composé de trois grands lobes irréguliers et subdivisés en lobules, moins étendus en épaisseur qu'en longueur et en largeur; ce thymus remplissait toute la partie supérieure du médiastin antérieur, par sa partie supérieure, s'étendait sous les côtes, dilatant considérablement le médiastin dans ce sens; son bout supérieur s'élevait jusqu'à la glande thyroïde; sa couleur était d'un blanc rougeâtre (1). Chez un autre fœtus acranien, de sexe féminin, le thymus avait cinq lobes et un grand volume (2); dans le troisième fœtus acranien, de même sexe, et de sept mois environ, le thymus était beaucoup plus grand et plus épais qu'il ne devait être, et égalait presque le volume du cœur (3). Kelch trouva, chez un anencéphale à terme, de sexe mâle, dont le cerveau était remplacé par dix ou quinze hydatides recouvertes par l'épiderme, le thymus d'un volume insolite, tandis que les reins succenturiaux étaient plus petits que de coutume (4).

Un anencéphale mâle, de 8 mois, examiné par Meckel, présentait à la partie antérieure du cou, une tumeur dont la saillie égalait celle du menton : à l'ouverture de cette tumeur, on la trouva constituée par le thymus, dont le volume était considérable, et qui était situé hors du thorax (5). Chez un fœtus qui présentait, au rapport de Morgagni, une viciation notable du cerveau et de la tête, le thymus était fort volumineux, et en quelque endroit qu'on le coupât, il en suintait abondamment une sérosité blanche et comme lactescente (6).

---

(1) A. G. Otto : *Monstrorum sex humanorum anat. et physiolog. disquisitio*. Obs. 1, p. 10.

(2) Otto, *loc. cit.*, obs. II, p. 13. — *Voyez* ci-dessus, p. 105.

(3) Otto, *loc. cit.*, obs. 3, p. 15.

(4) W. G. Kelch, *Beytraege zur pathologischen Anatomie*. Berlin, 1813, p. 85.

(5) J. F. Meckel, *Anatomisch-physiologische Beobachtungen und Untersuchungen*. Halle, 1812, in-8.°, p. 86.

(6) Morgagni, *Epist. anat.* XX, N.° 58, p. 456,

Il résulte de ce qui précède qu'on ne saurait rien établir de positif sur l'obstacle à l'évolution du thymus, qui peut exister chez les fœtus anencéphales.

Hors les fœtus acéphales et anencéphales, on ne trouve pas d'exemple de petitesse du thymus portée au point de pouvoir être considérée comme un état pathologique. A la vérité le célèbre anatomiste Wrisberg, trouvant chez un fœtus de trois mois le thymus de peu de volume (1), se demande, après avoir examiné les viscères thoraciques, si c'est une condition morbide du fœtus qui a empêché le développement de cet organe, et déclare ne pouvoir répondre à cette question. Mais c'est qu'alors il cherche à expliquer, par un état maladif du fœtus, ce qui est un phénomène normal de son organisation; cela résulte clairement de l'histoire de l'évolution du thymus, dont le volume est encore très petit au troisième mois de la grossesse.

Chap. IV. — ***Du thymus pathologiquement accru de volume.*** — Il est prouvé par les observations de nombre d'anatomistes, que le thymus, ayant acquis un développement insolite, peut gêner par son volume, et causer de la dyspnée. Nous ferons connaître quelques-unes de ces observations. Dans la réunion des naturalistes, tenue à Heidelberg en 1829, le docteur Kopp, de Copenhague, lut un mémoire sur une espèce d'asthme des enfans, dépendant de l'excès de développement du thymus; et qu'il regardait comme nouvelle; maladie nommée par lui *asthma thymicum*, et dont il vient de donner une ample description (2). Les observations que nous emprunterons dans un

---

(1) H. A. Wrisberg; *Descriptio anatomica embryonis.* Gottingue, 1754, in-4.°, p. 23.

(2) J. H. Kopp : *Denkwürdigkeiten in der Artzlichen praxis.* Francfort, 1830, in-8.° T. I.er, p. 1-107. — Caspari et Pagenstecher regardent l'augmentation du volume du thymus comme l'effet et non comme la cause de l'asthme des enfans, qu'ils rapportent à une affection du nerf vague. *Voy.* F. A. Caspari, *Etwas über eine besondere*

instant, à divers médecins, montreront surabondamment combien peu est nouvelle l'opinion qui rattache à la dyspnée l'excès du développement du thymus (1).

En effet, parmi les accidens qui accompagnent l'excès de développement du thymus, on remarque en première ligne la difficulté de respirer, causée par la compression qu'exerce, sur le poumon, le thymus dont le développement en avant est empêché par le sternum. Car, quant aux autres symptômes, tels que la douleur de poitrine, l'impossibilité du décubitus sur l'un ou l'autre des côtés, ils sont moins constans que celui-là. Kopp fait remarquer que cette dyspnée revient par accès périodiques; il donne du reste les symptômes suivans comme diagnostiques de cette affection (de l'*asthma thymicum*): Pendant la déglutition du lait, ou au moment du réveil, le paroxysme survient tout-à-coup avec vagissement et anxiété; pendant sa durée, la langue est ordinairement tirée hors de la bouche. Cette maladie, qui attaque surtout les enfans avant la quatrième année de leur âge, a été maintes fois confondue avec le catarrhe suffocant ou l'asthme aigu de Millar, dont elle diffère complètement au dire de Kopp. Si les paroxysmes ont le plus ordinairement lieu au moment du réveil, c'est, selon ce médecin, parce que, durant le sommeil, la respiration étant moins profonde, un expansion moindre des poumons laisse plus de place à celle du thymus, et au

---

Form von Asthma In *kindlichen Alter. in Heidelb. klinisch Annalen*. 1831, T. VII, p. 233-256; et Pagenstecher, *Beitræge zur næhere Erforschung des Asthma thymicum*. Ibid., p. 256-294.

(1) *Voy*. parmi les *observat*. de Félix Plater (Bale, 1614), celle qui porte pour titre : *Suffocatio à strumâ internâ absconditâ circà jugulum* (citée plus loin.) — Comparez aussi Scheuchzer : « *Asthma ex obesitate thymi* (citée plus loin.) » — G. Budæus. (*Id.*) — J. P. Frank, *Epit. de curand. hom. morb.*, lib. VI, part. II, p. 175 : « *In asthmate ut nominant puerili glandulas bronchiales præter sanitatis modum turgidas, maxime vero thymum insigniter tumefactum invenerunt anatomici* », etc.

réveil, cet organe ainsi gonflé s'oppose à la dilatation des organes respiratoires. Il attribue à la même cause, c'est-à-dire au peu d'expansion des poumons dans le sommeil, l'accroissement du thymus des animaux hybernans (1), oubliant, à ce qu'il paraît, que c'est au cou et non dans la poitrine, que sont situés, chez ces animaux, les organes qui prennent de l'accroissement durant leur sommeil hybernal.

Toutefois, je doute fort que ce soit à la seule compression des organes respiratoires que l'on doive toujours rapporter la dyspnée qui accompagne ordinairement l'excès de développement du thymus. Il est bien rare, en effet, et peut-être n'arrive-t-il jamais, qu'on trouve pour unique lésion, l'altération indiquée du thymus; mais presque toujours il existe en même temps quelques vices organiques du cœur ou des poumons qui mettent obstacle à la respiration et à l'oxydation du sang, comme on le verra par les observations rapportées plus loin. Or, que ces lésions du cœur et des poumons soient l'effet de la compression exercée sur ces organes par le thymus anormalement accru, comme le veut Kopp, ou qu'elles soient la cause, au contraire, de l'affection de cette glande, on ne peut en tout cas leur refuser une part dans la production de la dyspnée. D'un autre côté, bien qu'on ait tort d'attribuer au seul accroissement de volume du thymus, la dyspnée et les autres accidens concomitans, on ne saurait nier que la compression exercée en ce cas ne puisse gêner plus ou moins la respiration, et même à un degré assez considérable, comme le font le foie et les organes voisins, quand ils acquièrent un volume considérable. Il reste pourtant une difficulté; c'est d'expliquer, dans ce cas, le caractère périodique que Kopp assigne à cette dyspnée: car, la cause étant permanente, l'effet devrait l'être également. Il ne parait pas qu'on puisse attribuer ces

(1) Kopp., *loc. cit.*, pag. 28.

symptômes à une congestion momentanée d'humeurs dans le thymus.

Au reste, le développement anormal de cet organe n'est point constamment accompagné de dyspnée. C'est ce que prouve un cas fort remarquable, observé dans l'hôpital Fréderic, à la clinique du professeur Bang, et que ce médecin m'autorise à rapporter ici.

Une fille de sept ans fut reçue à l'hôpital au mois d'octobre 1830. Elle souffrait depuis six mois des maux de tête auxquels s'étaient joints, depuis huit jours, des vomissemens; la vue louche et autres symptômes de l'hydrocéphale; *il n'y avait jamais eu et il n'existait pas la moindre gêne de la respiration.* Le calomel, la digitale et d'autres remèdes furent donnés; on appliqua la pommade stibiée à la tête, un vésicatoire à la nuque. La malade n'en retira aucun soulagement, et elle mourut le sixième jour après son entrée à l'hôpital. A l'autopsie on trouva un épanchement de sérosité dans les ventricules cérébraux, et un tubercule sur le corps strié du côté gauche. Le thymus avait un volume considérable, il pesait cinq onces, et était par conséquent bien plus gros que dans aucun des cas d'*asthma thymicum*, rapportés par Kopp. Le lobe droit du thymus, le plus considérable des deux, s'étendait, au-devant du poumon droit, auquel il était adhérent jusque vers l'angle des côtes. La largeur totale de cette glande était de quatre pouces, sa largeur de deux, et elle avait près d'un pouce et demi d'épaisseur. Sa substance était dégénérée en une masse granuleuse ou tuberculeuse, et l'on n'y voyait plus de traces de cellules ou de divisions en lobules. Le sommet des poumons, auxquels le thymus adhérait intimement, était aussi rempli de tubercules. Le corps thyroïde et les glandes surrénales étaient dans l'état naturel.

Riolan expliquait la suffocation hystérique par l'intumescence du thymus et par la compression exercée alors par cette glande sur les parties voisines. Il trouvait dans le

volume plus considérable du thymus chez les femmes, la raison qui les rend plus sujettes que les hommes à cette affection (1); mais cette opinion qui rattache ainsi l'hystérie au volume trop considérable du thymus, est dépourvue de toute vraisemblance; car s'il en était ainsi les jeunes enfans seraient bien plus sujets aux suffocations hystériques que les femmes adultes, puisque c'est chez eux que le thymus a le plus de volume. La consistance de la tuméfaction des ganglions mésentériques et de celle du thymus, observée par divers médecins, et remarquée sur trois enfans par Allan Burns (2), doit être attribuée à une affection scrofuleuse générale, et non, comme l'imagine le médecin anglais, à la compression exercée par le thymus sur la veine sous-clavière, et à l'obstacle qui en résulterait pour le passage du chyle du canal thorachique dans le cœur.

La considération du développement anormal du thymus n'est pas sans importance pour la médecine-légale, car on a vu chez des enfans des suffocations, qui déterminaient subitement la mort, n'avoir pas d'autre cause que celle-là. Schallgruber, qui a observé un certain nombre de cas de cette espèce chez des enfans âgés de trois jours à cinq mois, soutient qu'on a bien des fois accusé faussement les nourrices d'avoir étouffé sous elles des enfans qui avaient été suffoqués par cette cause (3).

Contre la dyspnée et les autres accidens attribués chez les enfans au développement anormal du thymus, et pour

---

(1) J. Riolan : *Anthropographia*, lib. III, cap. XIII : « *In mulieribus est mollior et crassior ideoque suffocationes, quæ accidunt mulieribus frequenter, viris interdum, sine læsâ respiratione, ab istâ glandulâ turgidâ dependent.* »

(2) A. Burns, *Observations on the surgical anatomy of the head and neck*. Edimbourg, 1811, in-8.°, p. 9.

(3) J. Schallgruber : *Ueber das Erdrücken und Ersticken der Sæuglinge in Betten* : in A. Henke's, *Zeitschrift für die Staatarzneikunde*. T. I.er 1821, p. 388-397.

les cas où l'on a lieu de soupçonner une diathèse scrofuleuse, on a recommandé le muriate de chaux, l'éponge calcinée, le charbon animal, et autres remèdes antiscrofuleux (1); les vésicatoires et les frictions n'ont qu'un effet palliatif, au jugement d'Allan Burns (2), qui propose l'extirpation de la glande quand les progrès de la dyspnée menacent d'une suffocation prochaine. Il n'a point pratiqué cette opération sur le vivant, mais il l'a essayée deux fois sur le cadavre. Les symptômes qui indiquent l'excès de volume du thymus s'aggravant de plus en plus, quand la tumeur formée par cet organe vient se montrer au bas du cou, il conseille de pratiquer l'opération de la manière suivante: on fait à la partie antérieure du cou, entre les muscles sterno-hyoïdiens, une incision comme pour la trachéotomie, on met à nu autant que possible, l'extrémité supérieure du thymus qui s'élève au-dessus du sternum, on saisit cette glande avec des pinces à polype, et on exerce des tractions sur elle pour rompre le tissu cellulaire qui l'attache aux parties voisines et l'arracher ainsi tout entière. A. Burns ne se dissimule point l'extrême danger d'une pareille opération, mais il ne croit pas qu'il y ait à balancer quand les progrès du mal menacent d'une mort prochaine.

On comprend que cette opération n'est que très rarement indiquée, si même elle peut jamais l'être. On ne peut que difficilement diagnostiquer l'excès de volume d'un organe caché en très-grande partie dans la poitrine, et inaccessible à tout moyen d'exploration; ce genre d'affection est fort rare, et n'a aucun symptôme propre et pathognomonique qui le signale. Et quand même on parviendrait à le diagnostiquer, quand il serait possible de faire l'opération sans léser les vaisseaux environnans, l'évènement serait en-

---

(1) Kopp, *Loc. cit.*, p. 29-32.

(2) Allan Burns : *Observations on the Surgical anatomy of the head and neck*. Edimbourg, 1811, in-8.°, p. 9-11.

core fort incertain, car l'expérience a démontré qu'il existe des lésions organiques du cœur et des poumons, qui ne contribuent pas peu à la dyspnée, et qu'on ne peut enlever en même temps.

Après les généralités qui viennent d'être exposées, je vais rapporter un certain nombre d'exemples de tuméfactions du thymus, avec ou sans lésion du cœur et des poumons.

Fleischmann (1) a publié un cas de thymus beaucoup plus volumineux que dans l'état naturel, observé chez un enfant mort le vingt septième jour après sa naissance, et chez lequel le trou ovale et le canal artériel étaient largement ouverts.

Sandifort (2) trouva sur un enfant de 13 ans, mort *cyanotique*, le trou ovale persistant, l'aorte naissant des deux ventricules, et le thymus volumieux.

M. Ribes (3) a vu également le thymus plus gros que de coutume, chez un enfant de quatre ans, atteint de la maladie bleue, et qui y succomba.

Duret et Caillot (4) ont rapporté d'autres exemples de thymus volumineux coexistant avec la maladie bleue produite par la communication immédiate des deux ventricules du cœur.

Morgagni rapporte (5) qu'une fille de 13 ans, presque toujours valétudinaire depuis sa naissance, commença à se plaindre dans les derniers mois de sa vie, de gêne de la res-

---

(1) G. Fleischmann, *De chondrogenesi asperæ arteriæ*. Erlang, 1820; p. 18.

(2) *Obs. anat. pathol.*, lib. 1, cap. 1, p. 27.

(3) Ribes, dans le *Journal de méd., chir. et pharm.* de Corvisart, Leroux et Boyer. T. XXXIV, p. 422-452. — Comparez Meckel, *Deutsches Archiv für die Physiologie*. T. II, 1816, p. 549.

(4) Duret et Caillot : dans les *Bulletins de la Soc. de la Fac. de Méd.* 1807, p. 23.

(5) Morgagni, *De sedibus et causis morborum per anatomen indagatis*. Epist. XVII, art. 10.

piration; la toux amenait des crachats épais et abondans : le cadavre fut ouvert, la poitrine était remplie de sérosité au point que celle-ci jaillissait quand on coupait les cartilages près du sternum. Le thymus était volumineux; le péricarde contenait 4 ou 5 onces de sérosité jaunâtre; l'oreillette droite était dilatée au point d'égaler presque le volume du cœur ; chaque ventricule était rempli par une concrétion polypiforme.

Chez un enfant de quatre ans, tourmenté de difficulté de respirer, de violentes palpitations du cœur et d'anxiétés précordiales, qui succomba au bout de six jours, Scheuchzer (1) trouva le thymus plus gros que dans l'état naturel; il y avait en outre une concrétion polypiforme dans le cœur, et un épanchement de sérosité dans le thorax et l'abdomen.

Kopp (2) a observé un enfant qui depuis le deuxième mois de sa naissance jusqu'au dixième fut affecté d'une dyspnée intermittente quotidienne, et qui succomba dans un paroxysme violent. A l'autopsie, Kopp trouva le thymus plus grand que de coutume (à ce qu'il crut), car il s'étendait depuis le corps thyroïde jusqu'au diaphragme, et avait deux pouces de largeur. La structure de l'organe était saine; il renfermait une humeur laiteuse. Les poumons étaient dans l'état normal; le trou ovale du cœur était ouvert.

Il n'est pas rare de voir la tuméfaction du thymus coexister avec des lésions pulmonaires, mais le plus souvent alors sa structure est altérée; c'est ce qui a lieu surtout dans les affections tuberculeuses des poumons, comme on le verra par les observations que nous rapporterons plus loin, en traitant des altérations de structure du thymus et en particulier des tubercules qui s'y développent.

Mais quoique lié le plus souvent avec des lésions du cœur

(1) Scheuchzer, *in Breslauer Sammlung von Natur und Medicin*. Leipzig, 1723, *in Sommerquental*, pag. 613.

(2) Kopp, *Denkwürdigkeiten*, etc., p. 49.

ou des poumons, le développement anormal du thymus se montre néanmoins quelquefois isolé et sans aucune affection de ces organes.

Ainsi, chez un enfant de deux ans, hydrocéphale, Meckel (1) trouva un thymus long de trois pouces, ayant deux pouces et demi de largeur, et presque un pouce d'épaisseur, de couleur cendrée, livide extérieurement, d'un brun jaunâtre au dedans.

Un enfant de douze ans, qui commençait à courir parmi les convalescens, périt tout à coup suffoqué au moment où on s'y attendait le moins. A l'autopsie, Scheuchzer (2) trouva la poitrine et l'abdomen remplis de sérosité, et les ganglions mésentériques tuméfiés. Le thymus était plus grand que de coutume, « et pouvait, dit le médecin, avoir joué un rôle important dans la dyspnée. Ce qui confirme, ajoute-t-il, cette remarque de Charles Richa (*Constitut. Taurin. Tert.* p. 107), que l'asthme des enfans est souvent dû à l'hypertrophie du thymus.

Kopp (3) vit un enfant, qui avait éprouvé pendant six semaines, une dyspnée intercurrente, périr à la 21e semaine de son âge. A l'autopsie, le thymus lui parut plus gros que de coutume, (il pesait environ une once); du reste sa structure était normale aussi bien que celle des poumons et du cœur. Le même auteur rapporte (4) que le Docteur Rullmann a eu récemment l'occasion d'observer le même fait sur un enfant de 11 semaines, et le Docteur Tritschler (5) sur un nouveau né.

Un enfant de cinq mois, exempt de toute maladie, périt

---

(1) Meckel, *Abhandlungen aus der menschlichen und vergleichenden Anatomie und Physiologie*. Halle, 1806, p. 238.

(2) Scheuchzer, *in Breslauer Sammlung von Natur und Medic.* Leipzig, 1726, in-4.°, p. 613.

(3) Kopp, *Denkwürdigkeiten*, etc., p. 10-17.

(4) Kopp, *Denkwürdigkeiten*, etc., p. 61-75.

(5) *Ibid.*, p. 101-104.

tout à coup dans un accès marqué par une respiration sifflante (*stridor*) est difficile. Plater fit l'ouverture du corps et trouva le thymus volumineux, du poids d'une once et demie, d'une structure spongieuse et pleine de veines; il attribua la mort à une congestion subite de sang dans ces vaisseaux, et à la compression qu'avait dû exercer sur les gros vaisseaux voisins l'intumescence du thymus ainsi dilaté (1).

Rust (2) décrit la maladie d'un enfant mort dans un accès de suffocation; cet enfant avait toujours joui d'une bonne santé, lorsqu'il fut pris, à l'âge de trois mois, d'une toux violente avec dyspnée. Au commencement, des jours et même des semaines s'écoulèrent entre chaque paroxysme; ils devinrent ensuite plus fréquens, et finirent par se répéter plusieurs fois par heure. L'enfant périt tout à coup dans un accès, à l'âge de neuf mois. Le thymus était très-volumineux, long de trois pouces et demi, d'un pouce et demi de large, et du poids de sept gros et 54 grains. Il était, quant à sa structure, plus ferme que dans l'état naturel, et situé de manière à comprimer l'artère innominée. Le Docteur Eck (3) de Berlin, a décrit sous le nom d'asthme de Millar, la maladie à laquelle succomba son enfant. Les symptômes étaient à peu-près ceux que Kopp dit appartenir au développement exagéré du thymus. A l'autopsie on trouva en effet cet organe extrêmement volumineux, et refoulant les poumons vers la partie postérieure du thorax. Les autres organes, et nommément le cœur, les poumons et la trachée, étaient dans leur état normal; nul épanchement séreux dans le crâne.

Les exemples ne sont point rares de thymus d'un volume

---

(1) Fél. Plater, *Observ.*, lib. 1, p. 175, *ed. Basil.*, 1680.

(2) *Fall einer widernatürlich grossen Brustdrüse in Rust's Magazin für die gesammte Heilkunde.* 1826. T. XXI, p. 554-556.

(3) Eck, *in* Rust's *Magazin für die gesammte Heilkunde.* 1825. T. XX, p. 117-149.

anormal trouvés chez des adultes et même des vieillards, avec ou sans lésion du cœur et des poumons, et qui avaient causé de la dyspnée. Mais on a à regretter que dans ce cas la structure du thymus n'ait pas été décrite avec plus de soin. Delà l'incertitude où nous sommes sur les questions de savoir si la glande avait dans ces cas conservé l'état qui lui est naturel dans l'enfance, et s'était maintenue avec le volume acquis à cette époque de la vie; ou bien si elle s'était régénérée chez les vieillards, et si le progrès de la dyspnée ne faisait que marquer le progrès du développement qu'elle acquérait (comme semblerait le témoigner l'absence de toute gêne de la respiration dans l'enfance, et le début de la dyspnée dans l'âge adulte ou la vieillesse); ou bien enfin si l'on n'aurait pas pris pour le thymus quelque tumeur développée à sa place, et qui n'aurait de commun avec lui que le siège.

Qu'il nous soit permis de rapporter ici quelques observations de ce genre d'anomalie.

Cowper rapporte (1) qu'il trouva le thymus d'un volume considérable sur le cadavre d'un homme de 30 ans. A l'autopsie d'un homme d'environ 32 ans, affecté depuis son enfance de gêne de la respiration, et qui avait péri enfin d'orthopnée, Budæus trouva (2), en 1707, le parenchyme pulmonaire farci de tubercules; le thymus ayant acquis un volume énorme, induré, squirrheux et cartilagineux, semblable à une tumeur scrofuleuse ou à un stéatome, très-fortement adhérent aux gros vaisseaux, occupait toute la partie supérieure de la cavité thoracique, et ne laissait plus aux poumons de place pour se mouvoir et se dilater. Le cœur était flasque et volumineux; le péricarde contenait

---

(1) G. Cowper, *Anat. corp. human.* Tab. XXI, 1739, in-fol. (1.re édit., 1697.)

(2) G. Budæi, *Observatio de asthmate à scirrhosâ intumescentiâ pulmonum et glandulæ thymi. — In Ephem. Acad. cæs. Leopoldin. nat. curios.* Cent. I, obs. CVI, p. 220. Francfort, 1712; in-4.°

deux livres de sérosité. Meckel (l'ancien) (1) observa ce qui suit chez un soldat de 26 ans, à qui il survenait, à l'origine des accès d'anxiété, sans cause apercevable, puis dont les accès se rapprochèrent, et qui finit par y succomber. Dans la partie supérieure de la cavité du médiastin antérieur existaient deux thymus volumineux, longs de trois pouces et demi, larges de six à dix lignes, dont la structure était la même que chez le fœtus. Ils étaient celluleux, et se laissaient gonfler par l'insufflation; ils recevaient d'assez gros vaisseaux artériels et veineux des mammaires internes et des thyroïdiennes inférieures; leur couleur était d'un blanc-rougeâtre; il y avait peu de graisse dans le tissu cellulaire environnant.

Sandifort (2) observa sur un vieillard un thymus dont le volume surpassait de beaucoup celui qu'il a dans le fœtus. Dans le cadavre d'un paysan de 57 ans, affecté depuis vingt années d'une dyspnée qui avait augmenté peu-à-peu, et qui s'était accompagnée d'œdème dans les derniers temps, Targioni Tozetti (3) trouva, outre des épanchemens séreux dans la poitrine et l'abdomen, le thymus gonflé, long de quatre pouces, large de trois, épais de deux, et du poids de neuf onces. Le tissu en était plus ferme que de coutume, et analogue à la chair. A cette glande adhérait une tumeur particulière, de moindre volume, qui n'était ni un abcès ni une loupe enkystée, mais plutôt une tumeur scrofuleuse (un tubercule) ou un squirrhe. Tozetti attribue les divers désordres trouvés dans la poitrine et l'abdomen, à la compression exercée par la tumeur sur les parties environnantes.

(1) Meckel, dans *Histoire de l'Acad. roy. des sc. et belles-lettres de Berlin*. Ann. 1755, in-4.°, p. 76-77.

(2) Sandifort, *Observationes anatomico-pathologicæ*. Leyde, 1775, in-4.° Lib. III, cap. II, pag. 45, not.

(3) *Racolta di Opusculi medico-practici*. Vol. II.=Compar. Meckel's, *Abhandlungen*, etc., p. 235-242.

Pauli, au rapport de Lieutaud (1); trouva des obstructions et un gonflement du thymus chez divers sujets siphylitiques qui avaient souffert de la difficulté de respirer.

Thiebault (2) trouva chez un homme de 44 ans, une tumeur de cinq pouces de long et de large, située dans le médiastin antérieur, et qui lui parut être le thymus maladivement accru de volume.

Chez un homme de 65 ans, affecté depuis plusieurs années de difficulté de respirer et de douleur dans la région précordiale, Meckel (3) trouva les poumons tuberculeux, le cœur flasque, mais sans lésion organique; le thymus long de trois pouces, large de deux, et d'un pouce d'épaisseur, était d'un rouge-obscur, et constituait une masse informe, plus ferme que dans l'état naturel, et dépourvue des cornes qui existent chez l'enfant.

A l'autopsie d'un homme affecté d'angine de poitrine, le thymus présenta l'aspect d'une énorme masse adipeuse, remplissant la cavité antérieure du médiastin; l'ossification de l'artère coronaire du cœur, qu'on trouve d'ordinaire en pareil cas, n'existait point dans celui-ci (4).

Chap. V. — *Inflammation du thymus* (thimitis), *et suppuration de cet organe.* — Quoique renfermé dans la poitrine et à l'abri des stimulations du dehors, le thymus doit certainement pouvoir être affecté d'inflammation. On y observe néanmoins très-rarement cette maladie, probablement parce qu'on donne peu d'attention aux symptômes variables et fugitifs qui pourraient la signaler; car,

---

(1) Lieutaud, *Hist. anat. med.*, *edente* Portal. Paris, 1768, in-4.° T. II, p. 91, obs. 764 et 768.

(2) Thiebault; *voyez* Walther, dans *Hist. de l'Acad. roy. des Sc. de Berlin*; 1786.

(3) F. Meckel's, *Abhandlungen aus der menschlich. und vergleich. Anat. und Physiol.* Halle, 1806, p. 249.

(4) Hufeland, *Journal der Praktischen Arzneykunst.* T. XXIII, N.° 3, p. 82. Berlin, 1806.

on trouve dans cet organe des suppurations et des désorganisations diverses qui témoignent indubitablement d'une phlegmasie antérieure. Il est assez difficile, en effet, de diagnostiquer, du vivant du malade, une inflammation du thymus, bien que Sauvages lui ait assigné pour symptômes, la gêne de la déglutition et de la parole, le vomissement des alimens, et une tumeur se montrant à la partie inférieure du cou près du sternum. (1).

La suppuration du thymus, à la suite d'une inflammation franche, est assez rare.

Mason (2) assure avoir vu un abcès du thymus ouvert dans la trachée.

Dans le cadavre d'un enfant de deux ans, dont la poitrine était plus ample que ne le comportait son âge, et qui mourut de convulsions, Portal (3) trouva un épanchement de sérosité dans les plèvres et dans le péricarde. Le thymus était d'un volume prodigieux, et était creusé dans son intérieur d'une cavité où se rendaient divers conduits, et qui était pleine d'une sanie noirâtre.

Il convient de faire remarquer que la plupart des observations qu'on donne pour des exemples de suppuration du thymus, sont bien plutôt des cas de tubercules; car, on les voit coexister avec des tubercules pulmonaires, et quant aux descriptions qu'on en donne, lesquelles laissent en général beaucoup à désirer sous le rapport de l'exactitude, elles paraissent presque toujours se rapporter à des tubercules suppurés. C'est probablement à cette classe qu'appartiennent les observations de Haller, Lieutaud, Granzin et Slevogt, et de divers autres dont il sera question, quand nous ferons l'histoire de l'affection tuberculeuse du thymus.

---

(1) Comparez F. G. Boisseau, *Nosographie organique*. Paris, 1828. T. II, p. 549.

(2) H. Mason, *Lectures upon the heart*, etc., *reading* (sans date). In-8.°, p. 14.

(3) Portal, *in* Lieutaud, *Hist. anat. med.* T. II, p. 91, obs. 763. b.

Nous devons dire que, dans le nombre si considérable de cadavres de fœtus d'enfans de tout âge et d'adultes que nous avons examinés pour ces recherches sur le thymus, il ne nous est pas arrivé une seule fois de trouver dans cet organe un abcès contenant de véritable pus, ou inflammatoire, ou métastatique.

(*La suite au prochain Numéro.*)

REVUE GÉNÉRALE.

Pathologie.

Mélanoses; *observ. par le docteur Thompson.* — *Obs.* I.re — *Tumeur de l'œil.* — C. B., âgée de 45 ans, d'une complexion chétive, ayant les cheveux et les yeux noirs, ayant eu trois enfans, entra à l'hôpital le 8 mars 1831, pour une tumeur volumineuse de l'œil droit. Suivant son rapport, deux ans auparavant, cet œil était devenu légèrement enflammé, et il ne s'était point complètement guéri, malgré les remèdes employés. Dans le mois de mars 1830, elle s'aperçut pour la première fois d'une *écume* (*scum*) qui se formait au centre de la cornée; cette écume s'éleva bientôt et forma une petite tumeur, qui, malgré diverses applications topiques, continua à augmenter de volume. Cinq semaines avant l'entrée de la malade, elle prit un accroissement plus rapide, et dépassa entièrement les paupières qu'elle avait d'abord fortement distendues. La tumeur paraissait insensible; mais la douleur de l'orbite et du front, qui jusque-là avait été peu de chose, devint alors très-cruelle et priva la malade de son sommeil. En même temps, la santé générale commença à s'altérer.

La tumeur, au moment de son entrée à l'hôpital, était du volume d'une grosse orange et couverte par une membrane mince, qui, ulcérée en plusieurs points, laissait voir une masse spongieuse, noire, qui ne laissait suinter presque aucune matière. La manière dont cette femme racontait l'origine de sa maladie, fit penser au docteur Thompson que cette tumeur ne procédait pas de l'intérieur de l'organe auquel elle était unie, et la grande facilité avec laquelle on pouvait la remuer le confirma dans l'opinion qu'elle n'avait aucune connexion avec l'intérieur de l'orbite; de cette opinion résulta la résolution de tenter l'extirpation, qui fut acceptée et pratiquée le 10 du même mois.

La malade fut placée sur une table, la tête appuyée sur un coussin; l'angle externe des paupières fut divisé, ce qui facilita beaucoup

le reste de l'opération ; on attira ensuite la tumeur en haut et en dehors à l'aide d'un fort fil passé dans son épaisseur ; avec un scalpel à deux tranchans, on cerna la tumeur par une incision qui s'étendit de l'angle interne à l'angle externe de l'œil ; puis la tumeur fut attirée en bas, la paupière élevée, et une incision semblable fut pratiquée au-dessus. La conjonctive, les muscles, les vaisseaux, etc., furent aussi complètement divisés, et enfin le nerf optique fut coupé avec des ciseaux courbes. Une hémorrhagie considérable se manifesta ; mais elle fut promptement arrêtée par l'introduction dans l'orbite d'une fine éponge, comme il est recommandé par M. Travers. Une potion anodine fut administrée et l'on plaça la malade dans son lit. Tout se passa bien ensuite, sauf la douleur cruelle qui fut déterminée par la présence de l'éponge de l'orbite et qui fait penser au docteur Thompson qu'on ne doit avoir recours à ce moyen que quand tous les autres ont échoué.

La tumeur avait une surface lobulée ; la membrane mince qui la recouvrait semblait être un prolongement de la conjonctive ; l'œil situé à sa partie postérieure était parfaitement sain ; elle n'était unie à celui-ci que par un pédicule très-étroit qui procédait de la lame antérieure de la cornée, dont elle avait poussé devant elle la conjonctive. La tumeur étant divisée, sa section offrait une surface unie, qui laissait suinter par une légère pression une très-petite quantité d'un liquide noir ; pour la consistance, elle ressemblait à un polype charnu (*fleshy*) de l'utérus, elle était un peu plus dense à la circonférence qu'au centre, et près de son pédicule elle avait une apparence fibreuse. Sa couleur était brun-noir, avec quelques taches jaunes çà et là ; le docteur Thompson, voulant conserver cette pièce pathologique, ne sépara point la tumeur de l'œil et ne put savoir si ses vaisseaux passaient de la cornée dans son intérieur ; la portion de conjonctive qui recouvrait la tumeur paraissait épaissie. On ne pouvait découvrir aucune trace de vaisseaux dans cette masse ; aucun vaisseau ne permit qu'on tentât l'injonction.

Obs. — II. — *Tumeur de la joue.* — M. R., jouissant d'une bonne santé, âgé de 64 ans, consulta M. Thompson dans le mois de juin 1832, pour une tumeur de la joue droite, située immédiatement au-dessous de l'os molaire. Il racontait qu'elle avait commencé à paraître deux ans auparavant ; elle avait alors la grosseur d'un pois, et par un développement graduel elle avait atteint celle d'un œuf de poule. Elle était mobile, indolente. Les glandes parotide et sous-maxillaire n'étaient point altérées. La tumeur fut enlevée et la plaie guérie promptement ; il n'y a point eu encore de récidive.

Cette tumeur, qui était plongée dans le tissu graisseux de la joue et située plus près de la muqueuse que la peau, n'avait aucune capsule distincte, à moins qu'on ne donnât ce nom au tissu cellulaire qui

l'environnait. Sa surface était irrégulière, sa section offrait le même aspect que dans le cas précédent; seulement sa couleur était moins foncée, plus grise, et sa consistance plus uniforme.

Les écrivains français, dit l'auteur, appelleraient ceci *mélanose en masse*. — Je n'ai point observé dans ces deux cas, continue-t-il, le ramollissement qui, suivant Laennec, a lieu dans ces sortes de tumeurs, à moins que la moindre densité du centre de la première ne soit considérée comme commencement de cette transformation. On suppose, en général, que la mélanose a toujours un caractère *malin*. Mais d'après ce que j'ai vu, je pense que la matière mélanotique peut se déposer dans toute tumeur quelque innocente que soit sa nature, sans rien changer à son caractère. — *The Lancet*, 29 juin 1833.)

HERNIE DES VISCÈRES ABDOMINAUX DANS LA CAVITÉ THORACHIQUE. — Le 20 juillet dernier, un maçon, âgé de 54 ans, bien musclé, fort et robuste, fut admis à l'infirmerie de Bristol pour y être traité d'une fracture compliquée de la jambe, résultant de la chute d'une grosse pierre sur cette partie, et qui n'avait lesé aucune autre partie. Le malade succomba en très peu de temps aux accidens qui se manifestèrent.

En examinant le cadavre, on trouva dans le côté gauche du thorax l'estomac tout entier, une portion des intestins grêles de neuf pouces de longueur, quatre pouces du colon et l'épiploon. Toute cette masse avait passé à travers une ouverture du diaphragme. Le poumon gauche était refoulé contre l'épine dorsale et réduit au volume de la rate; le cœur était poussé au-delà du côté droit du médiastin. Le poumon droit étoit extrêmement petit et dense. L'ouverture du diaphragme avait une forme ovale et trois pouces et demi de diamètre; elle était située en avant et à gauche de l'ouverture œsophagienne, mais elle en était tout-à-fait distincte; ses bords étaient lisses, relevés et tapissés par une membrane séreuse, preuve évidente que l'hernie n'était pas d'une date récente. La base du diaphragme du côté droit était parfaitement saine. L'œsophage perforait le diaphragme à l'endroit ordinaire et se réfléchissait immédiatement sur lui-même pour se terminer à l'orifice cardiaque de l'estomac qui était placé dans l'intérieur de la poitrine, près du bord de l'ouverture du diaphragme, où était situé aussi l'extrémité pylorique de l'estomac. La portion herniée des intestins grêles était la fin de l'iléum qui se terminait à la distance de six pouces du cœcum; celle des gros intestins était l'arc du colon. Les intestins aussi bien que l'estomac étaient très-distendus par des gaz et remplissaient tout le côté gauche du thorax, qui était évidemment élargi par la compression de ces viscères.

Il n'y avait le moindre étranglement, et on pouvait passer facilement la main entre les viscères déplacés et les bords de l'ouverture. Cette dernière était attachée à la plèvre, près la clavicule, par des

adhérences fortes et anciennes, en divisant ces derniers, et on retira facilement toutes ces parties de la poitrine. A l'exception d'une légère nuance inflammatoire sur le colon, on ne trouva aucun autre symptôme morbide ; les autres viscères thorachiques et abdominaux étaient dans l'état normal.

Ce qu'il y a de plus remarquable dans ce cas, c'est l'ancienneté de la hernie sans altération notable de la santé. L'examen du cadavre démontra que la hernie était de beaucoup antérieure à l'accident qui avait causé la mort de cet homme. En questionnant les amis du défunt, on apprit que trente-huit ans auparavant il avait reçu un coup violent sur le dos par la chute d'un arbre, qui selon ces personnes, avait fait sortir par la bouche les matières contenues dans l'estomac au moment de l'accident; depuis ce temps il n'avait jamais joui d'une santé parfaite, se plaignait de temps en temps de dyspnée et de constipation. Cependant il n'avait jamais été obligé d'interrompre son travail. (*The London medical Gazette*, 17 août 1833.)

Anémie des reins. — *Obs.*. *par James Wynn.* — Le 13 janvier, J. B., âgé de 50 ans, tisserand, se présenta au docteur Wynn, avec un œdème considérable du tronc, du visage, des membres, et surtout du scrotum, qui avait seize pouces de circonférence. Il avait les jambes enflées depuis trois ans ; mais l'œdème du ventre et du scrotum n'existait que depuis trois mois. Les symptômes dominans étaient l'anasarque générale, bruits du cœur très-forts avec bruit du soufflet, respiration bronchique très-intense au sommet du poumon gauche, en avant. Ces phénomènes continuèrent sans altération, sauf une petite diminution dans le gonflement du scrotum, sous l'influence de l'élatérium, pendant une semaine ; à cette époque, il se plaignit d'uriner très-souvent, en petite quantité à-la-fois, et avec douleur. L'introduction d'un cathéter indiqua un rétrécissement près du bulbe de l'urètre. Les bougies, les sangsues, etc., lui permirent d'uriner plus librement, et avec moins de douleur, mais cette amélioration fut peu durable. Bientôt après, il fut pris de vomissemens d'un liquide grisâtre, accompagnés de prostration, et presque sans intermission, jusqu'à sa mort qui ne tarda pas à arriver.

Autopsie. — *Poitrine* : Hypertrophie considérable des ventricules sans dilatation, surtout du gauche. Poumons gorgés de sérosité, hépatisation rouge au sommet du poumon gauche. — *Abdomen* : Le péritoine contenait environ six onces de liquide. Le foie, l'estomac, la rate et les intestins parurent sains. Les deux reins étaient d'une pâleur extrême ; en les incisant, on reconnaissait que leur substance corticale avait dégénéré en une substance fibro-cartilagineuse d'un jaune pâle ; la substance tubuleuse était parfaitement saine, excepté en quelques endroits où un petit nombre de conduits urinifères semblaient avoir subi la même dégénérescence. La membrane muqueuse des calices et du

bassinet avait une consistance naturelle, et n'était point injectée. La vessie était contractée et contenait une petite quantité d'urine trouble. Le tissu cellulaire sous-muqueux était induré et avait un quart de pouce d'épaisseur; la membrane muqueuse était très-injectée, mais elle avait sa consistance naturelle. La glande prostate offrait une texture et une grosseur entièrement normales; un retrécissement ferme et ancien fut trouvé dans la portion membraneuse de l'urètre. Il y avait dans le même endroit les traces d'une fausse route. La tête ne fut point examinée.

L'auteur de cette observation pense qu'on aurait pu enrayer la maladie des reins, si on avait pu la reconnaître, et la traiter dès son début; mais il ne dit pas par quel moyen on aurait dû la combattre. Il profite de ce fait pour faire remarquer combien les signes physiques et locaux l'emportent sur les phénomènes généraux pour le diagnostic et le traitement des maladies. Il ajoute que la maladie des reins a été probablement déterminée par la dysurie à laquelle cet homme avait été sujet pendant long-temps, et qui avait dû empêcher mécaniquement la sécrétion urinaire. Mais sur quelle particularité a-t-il appuyé la dénomination qu'il a admise? L'anémie, dans ce cas, n'est pas la maladie toute entière; elle n'est même probablement pour rien dans sa production. Il y avait là dégénération particulière de substance corticale; c'est la maladie décrite par le docteur Bright, et le nom adopté par le docteur Wynn en donnerait une idée très-fausse.— (*The Glascow med. Journal*, avril 1833.)

Thérapeutique.

SUR LES SAIGNÉES LOCALES. — *Remarques pratiques, par M. D. Osborne, M. D.* — Après quelques remarques sur quelques-unes des méthodes jusqu'ici employées, et entr'autres sur les avantages de la saignée des veines du pied contre l'aménorrhée obstinée; sur la saignée des veines de la langue, qui a été abandonnée pour l'application des sangsues à cette partie, qui est beaucoup plus sûre; et sur les avantages que présente l'ouverture des veines du dos de la main, quand des circonstances empêchent de faire une saignée au bras, l'auteur arrive à discuter les effets de la saignée de la jugulaire externe. L'abstraction du sang de ce vaisseau n'est pas, selon lui, d'une aussi grande efficacité qu'on l'a supposée pour diminuer l'afflux de sang à la tête, car cette veine ne reçoit pas le sang de la partie interne de la tête, mais bien des veines superficielles du cou, et principalement de celles du larynx. Au contraire, on tire des avantages considérables de la saignée des jugulaires externes dans des cas subits de croup, et d'angine largyngée. Il est souvent très-important, après que les sangsues sont tombées, de faire saigner les piqûres autant que possible; et cependant les moyens employés à cet effet ont souvent de graves

inconvéniens. Par exemple, dans la bronchite aiguë et chronique, l'application des sangsues sur la région du larynx et à la trachée-artère dans l'espace triangulaire compris entre les muscles mastoïdiens est un moyen des plus puissans et des plus efficaces; mais dans ces affections il est souvent très-dangereux de couvrir le cou de linges trempés dans de l'eau chaude, qui en mouillant les draps et la chemise du malade font plus de mal que de bien. Un moyen fort simple d'y remédier est d'appliquer de temps en temps des morceaux de linge tout-à-fait secs et très-chauds sur les piqûres qui donnent alors une grande quantité de sang en raison de l'attraction capillaire.

Des faits certains prouvent que les sangsues peuvent continuer à tirer du sang quoique submergées dans de l'eau à une température bien au-dessus de 37°, 5 centigrades. L'avantage pratique qu'on peut obtenir de ce fait est considérable; par exemple, dans des cas d'inflammation violente des viscères abdominaux, on peut, sans attendre que les sangsues tombent, mettre le malade dans un bain de siége, et ainsi employer deux puissans moyens antiphlogistiques à-la-fois, savoir relâcher les parties et diminuer la sensibilité en même temps que l'abstraction de sang se fait. Dans certains cas de céphalalgie dans lesquels la douleur est limitée aux sinus frontaux, on a fait disparaître promptement la maladie par l'application d'une ou de deux sangsues à la membrane muqueuse du nez; on y parvient facilement, en passant une aiguille enfilée à travers la queue de la sangsue, à un quart de pouce de son extrémité; ce procédé, au lieu de nuire à la sangsue la fait piquer avec plus d'ardeur, et c'est d'ailleurs le meilleur moyen possible pour stimuler celles qui ne mordent pas. S'il est nécessaire, on peut fixer la sangsue sur un point quelconque, en la renfermant dans un tube formé à l'aide d'une carte de visite. Quoique ces céphalalgies soient produites en général par un embarras gastrique, souvent elles ne disparaissent pas avec leur cause, mais aussitôt que les sangsues ont été appliquées de cette manière, la guérison s'ensuit immédiatement.

Dans les inflammations de la conjonctive, une sangsue ainsi appliquée à la membrane de Schneider, dégorge bientôt les vaisseaux de l'œil; ce moyen est surtout d'une grande utilité, après que des sangsues ont été préalablement appliquées à la conjonctive du tarse.

Dans l'inflammation de l'oreille, cette méthode d'appliquer une sangsue à l'intérieur du méat auditif produit de grands avantages. Le moyen, qui tient le second rang en utilité dans le traitement de cette affection, est d'appliquer les sangsues aussi près du méat que possible. On peut observer que de telles applications ne peuvent suffire pour faire cesser l'inflammation dans l'intérieur de l'oreille, mais l'effet de l'ablation du sang par les sangsues est indépendant des

connexions vasculaires. Par exemple, dans l'inflammation de l'estomac ou des intestins, il n'existe aucune liaison (*connexion*) ou anastomose entre les deux groupes de vaisseaux, les uns recevant le sang de l'artère aorte abdominale et les autres des artères épigastriques et mammaires, et de plus la présence du péritoine empêche toute espèce d'anastomose, et cependant personne ne doute de l'utilité des sangsues dans ces cas. (*The Dublin medical Observer*, 1833.)

EMPLOI SIMULTANÉ DE L'IODE ET DU QUINQUINA DANS LE TRAITEMENT D'ULCÈRES SCROFULEUX; *par M. Rey, chirurgien de l'hôpital de Guy, à Londres.* — Dans une de ses dernières leçons de clinique, M. Rey a fait remarquer que plusieurs cas d'ulcères scrofuleux ont présenté une amélioration notable, après l'usage de l'iode combiné avec le quinquina administré à l'intérieur et l'emploi de la pommade d'hydriodate de potasse sur les parties malades. Il ajouta que le traitement par l'iode de cette espèce d'ulcère a maintenant un succès marqué, quoique dans le commencement on n'en tirât pas le moindre avantage. Il pense donc que la combinaison de ce médicament avec le quinquina est la cause de ce succès. Il le prescrit de la manière suivante: ℞ Décoction de quinquina, ℥ x; teinture d'iode, goutt. 90; on en donne deux cuillerées à bouche trois fois par jour. (*The London med. Gazette*, août 1833.)

PERTE UTÉRINE REBELLE A TOUS LES MOYENS; TRANSFUSION. — GUÉRISON. — *Obs. par le docteur Banner, de Liverpool.* — Madame H.***, âgée de 28 ans, délicate, se maria à 19 ans, eut quatre enfans et deux avortemens: sa dernière couche eut lieu en septembre 1832. Le 26 avril 1833, elle fut prise d'une perte sanguine par le vagin, qui, après l'évacuation de plusieurs caillots, s'arrêta pour quelque temps; l'hémorrhagie reparut par intervalles jusqu'au 30, où l'on envoya chercher le docteur Banner; la malade affirme avoir rendu, le 27, un caillot accompagné d'un sac membraneux; mais le médecin ne fut pas à même de vérifier cette assertion. Le pouls était régulier, la langue nette, la peau chaude, la soif légère, les selles normales, sans coliques; l'hémorrhagie utérine fournissait un sang vermeil, peu abondant. La malade avait continué de s'occuper des détails de sa maison et n'avait rien changé à sa manière de vivre. Le mélange suivant fut prescrit de quatre heures en quatre heures. *Magn. sulphatis* ʒ j; *inf. rosæ*, ℥ xj; *acidi sulph. dilut.*, gut. v. Le 1.er mai, l'hémorrhagie avait presque cessé. Il y avait eu plusieurs selles. Le 2, la malade se trouva si bien, qu'elle crut pouvoir s'occuper de son ménage; cet exercice prématuré fit reparaître l'hémorrhagie; il sortit un caillot qui pesait six onces. Par le repos et des lotions froides la perte se suspendit. Le pouls était affaibli; quand la malade levait la tête, elle avait des vertiges; la bouche était sèche, la soif vive; elle se plaignait d'une douleur dans les aînes, qui descendait le long des cuisses. Le 4, après un peu de

mieux l'hémorrhagie recommença ; le sommeil fut agité par des rêves ; excitation considérable, pouls fréquent et petit, battemens des carotides et des temporales très-intenses. Les applications froides suspendirent encore l'écoulement de sang. On prescrivit trente-cinq gouttes de laudanum. Le 5, l'opium a produit un peu de sommeil ; la métrorrhagie est permanente, mais à un faible degré. La langue est légèrement chargée, le pouls est faible, 80. Vers le soir, il était à 76. On a continué l'usage de la mixture ci-dessus, en remplaçant le sulfate de magnésie par le nitrate de potasse. On prescrit un minoratif. Jusqu'au 8, l'hémorrhagie présenta des alternatives d'augmentation et de suspension. On employa l'opium, les lavemens froids, les fomentations à la glace. Le 8, l'affaiblissement était considérable, la perte avait augmenté. On prescrivit un scrupule de seigle ergoté, et un lavement froid avec l'alun. La troisième dose de l'ergot fut suivie de vomissemens ; cinq doses furent prises sans effet apparent sur l'utérus. A onze heures du matin, le pouls était à peine perceptible. Abattement, stupeur, hoquet, vomissemens ; la perte est peu abondante, le sang est vermeil. De l'eau à la glace fut injectée dans le vagin avec quelque avantage ; cette dose fut répétée toutes les dix ou quinze minutes. On fit prendre un peu d'eau-de-vie. A une heure après-midi la malade parut s'éteindre rapidement, la perte coulait toujours, quoique peu abondamment ; on sentait le pouls de loin en loin ; la respiration était lente et faible, les yeux à demi-fermés et vitrés, l'urine coulait involontairement ; hoquet de temps en temps. Le doigt fut introduit dans le vagin, qui contenait un caillot volumineux ; le col de l'utérus était assez ouvert pour admettre le doigt ; une membrane fine sortait de l'intérieur du col utérin ; elle fut retirée avec le caillot ; l'utérus se contracta légèrement sur le doigt. On injecta de l'eau à la glace, et on introduisit un tampon ; pendant toute cette opération la malade parut privée de sentiment.

En désespoir de cause on eut recours à l'opération de la transfusion. On se servit de l'appareil de Blundell. On fit une incision au pli du bras droit, et l'on découvrit la veine dans une étendue de trois-quarts de pouce. L'appareil fut plongé dans l'eau chaude et placé dans une position convenable ; on serra une ligature autour du bras du mari de la malade ; la veine de celle-ci étant ouverte, on y introduisit un tuyau délié, qui y fut maintenu par un aide ; ensuite on ouvrit largement la veine du mari dont le sang coula à plein jet dans l'appareil ; après avoir chassé tout l'air du corps de pompe, le tube élastique fut adapté au petit tuyau placé dans la veine de la malade. Lorsque l'on eut fait passé cinq fois la quantité de sang contenu dans le corps de pompe, la respiration fut si gênée qu'on fut obligé de s'arrêter. Après un repos de quelques minutes, on fit passer de nouveau deux fois plein le corps de pompe ; la respiration devint encore plus gênée,

le pouls devint perceptible, et comme en désordre. Le docteur Banner éprouva quelque difficulté à pousser le piston, en introduisant les dernières portions du sang, ce qu'il attribua à ce que le sang s'était épaissi pendant qu'on laissait reposer les poumons de la malade. Celle-ci ne donna aucun signe de sentiment. La plaie fut pansée simplement. Après la transfusion, le pouls resta désordonné, quelquefois imperceptible; la respiration était à peine sensible; le corps devint froid et couvert d'une sueur visqueuse; la malade paraissait mourante. Elle resta dans cet état jusqu'à trois heures après midi; alors le pouls put être senti au poignet, la respiration devint plus régulière; elle put avaler de petites quantités d'eau-de-vie affaiblie; si elle en avalait plus d'une cuillerée à café à-la-fois, elle était prise d'un hoquet qui causait beaucoup d'anxiété. Les symptômes prirent un aspect plus favorable jusqu'à onze heures; la malade devint agitée, changeait souvent de place; le pouls était plus rapide et plus fort; elle accusait de la soif, une chaleur douloureuse à la tête; la langue était chargée, d'une couleur brunâtre, quoiqu'humide. Les phénomènes variaient d'heure en heure. Tantôt affaissement, insensibilité du pouls; tantôt agitation. On administra des stimulans, le soda-water, des boissons froides. Depuis sept heures du matin jusqu'à onze heures du soir, la malade prit près d'une demi-pinte d'eau-de-vie par petites doses, et une quantité considérable de vin de Porto, sans que son pouls en ait été influencé. Le 9, la malade était mieux sous tous les rapports; le pouls était faible, mais plus régulier, la respiration plus normale, la soif et l'agitation moindres. L'eau-de-vie, le soda-water, la gelée de pieds de veau rendue liquide par la chaleur, furent administrés alternativement par petites quantités toutes les dix ou quinze minutes. Il y avait rétention d'urine, probablement parce que le tampon comprimait le col de la vessie; le cathéter fit écouler une urine de bonne couleur. Le 10, un écoulement fétide sort par le vagin, la rétention d'urine continue; pas de selle depuis l'opération; langue sale, pouls du bras opéré, 110, tandis que le pouls de l'autre bras donne 90. Légère douleur et engourdissement du premier; la plaie marche vers la cicatrisation. On introduisit de nouveau le cathéter, on retira le tampon qui était couvert d'une matière fétide; son ablation produisit un grand soulagement. Une petite dose d'huile de ricin fut donnée et répétée dans la soirée, et produisit une évacuation. Alors le pouls avait baissé, l'aspect était meilleur. Cette femme se rétablit peu-à-peu par l'usage des toniques doux et d'un régime convenable. Ce ne fut que le septième jour de l'opération que les pulsations furent semblables dans les deux bras, le bras malade ayant offert jusque-là un pouls accéléré. Le 14.e jour on put changer la malade de lit, et le 21.e elle partit pour la campagne.

Les effets fortifians de la transfusion ne se font pas sentir aussi im-

médiatement qu'on aurait pu le croire; sans l'oppression qu'elle détermina, on aurait pu croire qu'elle n'avait aucune influence sur l'économie; le pouls devint perceptible, mais rien de plus, et pendant plus d'une heure après l'opération, la malade demeura plus affaiblie qu'elle ne l'était auparavant. Le docteur Banner craignit alors qu'il ne se fit une hémorrhagie interne, mais il n'en était rien. Au bout d'une heure il se fit un changement notable dans le pouls et dans la respiration. On ne peut évaluer au juste la quantité de sang injectée; la pompe, qui peut en contenir deux onces, fut vidée six ou sept fois. Suivant le docteur Banner, ce sang entretint la vitalité et soutint les forces qui s'éteignaient. Peu de sang était introduit lorsque la respiration devint laborieuse; peut-être ce phénomène était-il dû à la qualité de ce sang. En effet, on le tira du bras d'un homme fort et pléthorique; peut-être aurait-on pu en introduire davantage sans inconvénient, si on l'avait obtenu d'un sujet semblable, pour la constitution, à la malade. Peut-être aurait-on produit ainsi un effet plus favorable et plus immédiat.

Dans le cas qu'on vient de lire, la longue syncope de la malade favorisa la formation des caillots dans l'orifice des vaisseaux qui versaient le sang, et par ce moyen l'hémorrhagie ne reparut plus. (*The London Med. and Surg. Journal*, 8 juin 1883.)

Emploi de l'huile de croton tiglium dans les maladies graves des enfans; *par M. M. Cory*. — Ce médicament, qu'on a regardé comme trop actif pour les adultes, peut, d'après les expériences de M. Cory, médecin d'un hôpital d'accouchement à Londres, être prescrit avec de grands avantages dans des maladies des enfans, surtout dans celles de la poitrine ou de la tête et dans lesquelles il est important de provoquer des selles promptes et abondantes. L'auteur ayant souvent éprouvé beaucoup de difficulté à administrer les purgatifs ordinaires aux enfans, et sachant par l'expérience que certaines maladies, chez ces jeunes sujets, sont aggravées par les efforts que font les enfans pour repousser des médicamens dégoûtans, résulut d'essayer l'emploi de l'huile de croton. Il mit en usage la préparation suivante: ♃ Huile de croton, goutt. ij; sucre blanc, ℥ ij; gomme arabique en poudre, ʒ ss.; teinture de petit cardamome composé, ʒ ss.; eau distillée, q. s.: faites une potion d'une once et demie, dont on donnera à un enfant de cinq à six ans deux ou trois cuillerées à café toutes les trois ou quatre heures jusqu'à évacuations abondantes. Cette formule, selon M. Cory, fournit un remède, non-seulement agréable (les enfans le prennent sans aucune difficulté), mais très-efficace, et il en a retiré de très-bons effets, surtout dans les maladies de l'encéphale et de la poitrine. Ce médicament quelquefois produit un léger vomissement que l'auteur regarde comme salutaire dans ces affections. Enfin, il assure en avoir souvent fait usage avec avantage et sans jamais ob-

... (*The London med. Gaz.*, juillet 1833.)

Obstétrique.

ACCOUCHEMENT DE DEUX JUMEAUX A UN INTERVALLE DE TROIS JOURS. — *Obs. par le docteur Ryan.* — Anstice Molloy, âgée de 24 ans, sentit les douleurs de l'accouchement pour la première fois un mercredi, en juillet 1832, et donna naissance à un enfant le jeudi matin; le travail cessa. Le vendredi soir, elle était un peu inquiète; le pouls était accéléré, les parties de la génération humides; le museau de tanche fermé sur le cordon, mais très-dilatable; aucun fœtus ne pouvait être reconnu en explorant par le vagin, mais on percevait le bruit de la *respiration placentaire* à l'aide du stéthoscope. — Saignée, lavement purgatif. — Le samedi, point de travail; pouls plein et fréquent; elle avait senti son enfant remuer avant l'arrivée du médecin. On peut entendre la *circulation fœtale*. Saignée, poudre cathartique. Le dimanche, à midi, les douleurs se firent sentir, et avant l'arrivée de l'accoucheur, elle expulsa un enfant mort, (position des pieds.)

Le docteur Ryan, en prenant des informations sur les circonstances de l'accouchement, apprit qu'on avait usé d'une grande violence pour extraire la tête, et la malade ajoutait que cette violence était la cause de la mort de son enfant, car elle l'avait senti remuer peu de temps auparavant. Elle avait perdu beaucoup de sang; elle semblait souffrir beaucoup; redoutait une mort prochaine; son visage était décomposé; pouls petit, filiforme, à peine sensible au poignet, lèvres pâles; le placenta était resté dans la matrice; l'utérus s'élevait au milieu de l'espace compris entre l'ombilic et l'appendice xyphoïde, se contractait un peu après une longue pression, mais paraissait revenir, comme par élasticité à son volume aussitôt que la pression était discontinuée; mouvemens convulsifs des lèvres et des muscles du visage. En introduisant la main, on sentit l'utérus se contracter violemment en manière de sablier (*hourglass contraction*); tout le placenta était situé dans la cavité supérieure; il fut extrait avec beaucoup de peine; il était extrêmement volumineux; la portion qui avait appartenu au premier enfant était en putréfaction. Il n'y eut aucune suite fâcheuse. (*The London medical and surgical Journ.*, 8 juin 1833.)

Une observation à peu-près semblable est déposée dans les archives de la Société médicale d'Émulation. Comme elle n'a pas été publiée, elle trouve ici naturellement sa place. Une jeune femme âgée de 19 ans, d'une faible constitution, entra pour la première fois en travail, au terme d'une grossesse qui avait été orageuse. La dilatation de l'orifice utérin permit à M. Lévêque, d'Orléans, auteur de l'observation, de reconnaître la position oblique de la tête de l'enfant, et de pronostiquer une grossesse composée. Les douleurs qui survinrent pendant une partie de la journée étaient faibles et entremêlées de syncopes, et

engagèrent ce praticien à terminer l'accouchement avec le forceps. Il l'introduisit avec assez de facilité, quoique la tête fût peu engagée. Après l'extraction de la tête, l'expulsion du corps du fœtus éprouva quelques difficultés à s'opérer, à cause de la brièveté du cordon ombilical, qui n'avait que cinq pouces de longueur, malgré toute la prévoyance de M. Lévêque, et le soin qu'il eut de rapprocher le fœtus de sa mère, la rupture du cordon eut lieu dans son étendue, sans accident pour la mère ni pour l'enfant. En portant la main dans la matrice, il s'assura de la présence d'un second enfant, et sentit la tête derrière le pubis. L'absence d'hémorrhagie, l'épuisement de la malade, la crainte d'une perte, furent autant de raisons qui portèrent le médecin à temporiser pendant quatre jours jusqu'au renouvellement des douleurs. Ce n'était plus alors la tête qui se présentait, mais bien les pieds.

L'extraction du fœtus fut faite. La sortie des deux placenta fut seulement accompagnée d'une petite perte qu'on arrêta par des immersions d'eau froide et vinaigrée. Les deux enfans pesaient chacun sept livres. Ils étaient vivans et se portaient bien; onze mois après l'accouchement, époque où M. Lévêque transmit l'observation à la Société médicale d'Émulation. (17 mai, 1817.)

Rupture de l'utérus pendant la parturition; abcès interne; guérison; naissance d'un autre enfant a terme, quinze mois après cet accident. — *Obs. par John Dunn.*—M.me S., âgée de 37 ans, pâle, mère de sept enfans, fut prise, pour la huitième fois, des douleurs de l'enfantement, à trois heures du matin, le 15 avril 1829. Excepté deux couches qui avaient été longues, toutes les autres s'étaient faites naturellement. Le 18 novembre 1828, elle était tombée en arrière d'une chaise qu'on avait retirée subitement de dessous elle; il en était résulté une tuméfaction des grandes lèvres, qui exigea la saignée; mais elle se trouva mal avant qu'on eut pu tirer beaucoup de sang. Depuis ce moment, elle s'était assez bien portée jusqu'à son accouchement. Les douleurs se succédèrent avec force jusqu'à cinq heures et demie, puis elles se suspendirent jusqu'à onze heures. Le docteur Travis fut mandé à midi, et trouvant alors les douleurs fortes et presque sans rémission; le col de l'utérus dilaté avec obliquité, présentant une lèvre inférieure plus épaisse que l'autre, il jugea à propos de rester auprès de cette femme. Vers trois heures, le col de l'utérus étant largement dilaté, et la tête se présentant à l'entrée du bassin, M. Travis rompit la poche des eaux, qui s'écoulèrent en petite quantité, et les douleurs continuèrent à être très-fortes. Dans une douleur extrêmement forte, qui se fit sentir d'une manière intolérable, immédiatement au-dessous de l'ombilic, dans un moment où l'accoucheur ne se livrait à aucun examen, elle s'écria tout-à-coup, *que quelque chose avait crevé dans l'intérieur de son corps.* Son visage s'altéra, le pouls devint insensible et les douleurs cessèrent.

M. Travis fit appeler aussitôt le docteur Dunn, et lui fit part des craintes qu'il avait que l'utérus ne fût rupturé. Le docteur Dunn procéda immédiatement à l'examen des parties. Le relâchement des parties externes lui permit de porter sa main au-delà de la tête de l'enfant, qui appuyait sur l'entrée du bassin. L'utérus ne faisant aucune contraction, il put attirer les pieds en bas et retourner l'enfant, sans difficulté de son côté et presque sans douleur pour la malade. Les parois abdominales de cette femme étaient si minces qu'on pouvait en dehors suivre les vertèbres de l'enfant, qui n'était point passé dans l'abdomen. L'explorateur pouvait aussi facilement sentir ses doigts lorsqu'il étaient introduits dans l'utérus. Après la sortie des épaules et d'une partie du cou, il devint si difficile de faire descendre la tête dans le bassin à cause de la saillie du sacrum, qu'on fût obligé de recourir au levier, et l'utérus n'aidant l'extraction par aucune contraction, on fut forcé de faire des efforts beaucoup plus considérable qu'à l'ordinaire. Toutefois l'enfant vint au monde sans perforation, ni aucune autre lésion, mais il était dans un état d'asphyxie et ne put être rappelé à la vie. En introduisant le bras pour chercher le placenta, le docteur Dunn sentit une masse fibreuse et volumineuse, munie d'attaches membraneuses larges, qui lui parut être évidemment le bord transversal de l'utérus rupturé avec ses ligamens larges. A travers cette large ouverture, il put suivre du doigt les vertèbres, et en élevant la main très-haut, il sentit à gauche un corps ovalaire, doux au toucher, qu'il supposa être le rein. Après la sortie du placenta, qui était intact, son opinion fut confirmée par l'exploration de son confrère, qui, en introduisant le bras, sentit également le même corps ovalaire. Cette exploration fut faite avec beaucoup de douceur et de promptitude; car, quelque désir qu'on eût de constater l'état des parties, il ne fallait pas oublier que le travail était fini; aussi nulle portion d'intestin n'ayant été trouvée étranglée, tout examen manuel fut cessé. Le pouls était très-fréquent, la malade vomit une petite quantité d'une matière noirâtre. On lui fit prendre une potion avec cinquante gouttes de teinture d'opium, qu'elle rejeta par le vomissement. Une heure après, le pouls était à cent cinquante et petit, l'estomac était très irritable, l'écoulement lochial peu abondant; la malade se plaignait de douleurs vers la matrice, qui, disait-elle, s'était crevée. Une pilule d'opium fut prescrite à dix heures du soir: on évacua, par le cathéter, une petite quantité d'urine.

Le lendemain 16 avril, malgré l'insomnie, elle était beaucoup mieux, et cet état persista avec de légères variations jusqu'au 20. Le traitement consista principalement dans quelques purgatifs, quelques pilules mercurielles et d'opium. Le vingt, à quatre heures après midi, elle fut prise d'une vive douleur dans le corps et de dyspnée; le pouls était si fréquent, qu'on pouvait à peine le compter.

On prescrivit deux grains d'opium. Deux heures après il y avait moins d'oppression, mais l'abdomen était entièrement sensible à la pression. (Fomentation; sangsues si la douleur s'exaspère; pilules mercurielles et opium.) Pendant les jours suivans, cet état s'amenda; il y eut quelques vomissemens bilieux; les lochies coulèrent bien, les mamelles ne se gonflèrent point et restèrent flasques. Jusqu'au 3 mai, il ne e passa rien de remarquable, sauf une douleur abdominale qui revenait par intervalles et devenait quelquefois très-cruelle.

Le 3 mai, elle se plaignit de ce qu'elle appelait les hémorrhoïdes; quelques mucosités sortirent par l'anus en s'accompagnant de ténesme. La malade assurait que les selles étaient normales; mais la garde s'obstinant à ne pas faire voir les matières au médecin, celui-ci supposa qu'il y avait de la constipation, et il prescrivit une demi-once d'huile de ricin. Cette huile détermina l'évacuation d'une selle de couleur naturelle, mais très-fétide; en même temps la malade sentit comme si quelque chose s'était rompu dans son corps, et elle fut prise d'une douleur très-aiguë; le pouls reprit sa fréquence. (Fomentations; pilule calmante.) Le 6, elle était assez bien, lorsque, sans douleur, elle fut prise de défaillance et de dévoiement. Son état cependant fut assez satisfaisant jusqu'au 14. Ce jour elle rendait presque continuellement par l'anus, et sans douleur, une matière mucoso-purulente, sans trace de fèces, qui provenait, comme on s'en assura, du vagin ou de l'utérus. Cet écoulement, évidemment dû à un abcès interne, dura plusieurs jours, disparut peu-à-peu, et la santé la plus parfaite fut enfin rendue à cette femme.

Le 17 juillet 1830, elle accoucha sans accident d'un enfant bien conformé, qui vint au monde sans vie, probablement étranglé par le cordon. Ensuite elle se porta bien jusqu'au 6 décembre suivant, où elle eut une hémorrhagie très-abondante accompagnée de la sortie d'un corps qui pouvait être pris pour une môle (*false conception.*) Elle se rétablit encore très-facilement. Enfin le 27 octobre 1831, elle était à terme d'une nouvelle grossesse, qui s'était très-bien passée, et peu de jours après elle accoucha d'un enfant qui existe actuellement (9 février 1833). (*The Edinburgh Medical and Surgical Journal*, 1.er juillet 1833.)

Pharmacologie et Chimie médicale.

NOUVELLE MÉTHODE POUR PRÉPARER L'ACIDE HYDROCYANIQUE; *par Richard Laming.*—Les différens procédés employés jusqu'aujourd'hui pour préparer l'acide hydrocyanique, outre les difficultés qu'ils présentent, ont l'inconvénient de fournir cet acide à différens degrés de concentration. L'extrême facilité avec laquelle l'acide tartarique dissout le cyanure de potassium, a suggéré à M. Richard Laming l'idée de l'appliquer à la préparation de l'acide prussique. Voici la formule qu'il

emploie et le mode de manipulation : ℞ Cyanure de potassium, 22 grains; acide tartarique cristallisé, 50 grains; eau distillée, 6 gros; alcohol rectifié, 3 gros. On dissout l'acide tartarique dans l'eau et l'alcohol, préalablement mêlés et refroidis dans une phiole de la contenance de 11 à 12 gros; on ajoute le cyanure de potassium, et on bouche solidement la phiole; on agite le mélange de temps en temps pendant une dixaine de minutes, puis on le laisse en repos pour laisser précipiter le surtartrate de potasse qui se forme : quand le précipité est complet, on décante la liqueur, qui est claire et limpide.

L'auteur assure que, par ce moyen des plus simples, on peut se procurer en quelques minutes de l'acide hydrocyanique d'une force déterminée et invariable, en raison de l'absence de tout acide minéral, et à cause que la présence de l'alcohol qui rend beaucoup plus difficile et plus longue sa décomposition spontanée.

La quantité de cyanure de mercure dissoute dans une once de liquide dans la formule indiquée, équivaut exactement à huit grains d'acide prussique anhydre. Aussi chaque gros de la liqueur en représentera exactement un grain.

L'auteur fait observer que le cyanure de potassium dont il s'est servi est pur, et différent de celui qu'on prépare dans les officines. Ce dernier en effet est toujours jaune, tandis que le sien est en cristaux d'un blanc de neige, ce qu'il attribue à la pureté du sel. Il promet de donner plus tard la description du mode de préparation qu'il a suivi pour obtenir ce sel dans cet état de pureté; procédé qu'il a d'ailleurs soumis à l'examen de la commission chargée de rédiger une pharmacopée générale pour le Royaume-Uni, et qui a été approuvée. (*The Lond. Med. and Surgical Journal.* Août 1833.)

RECHERCHES PROPRES A DÉTERMINER L'ÉPOQUE A LAQUELLE UNE ARME A FEU A ÉTÉ DÉCHARGÉE; *par P. H. Boutigny, pharmacien à Évreux.* — Ce chimiste a été conduit à faire des recherches sur ce sujet, en voyant l'assurance et la légèreté avec laquelle se prononcent souvent des témoins ou des experts dans des affaires criminelles où leurs assertions peuvent avoir des conséquences si graves. — On conçoit de quelle utilité il peut être de déterminer si la bourre de l'arme qui a servi à commettre le crime, a été faite avec du papier trouvé chez le prévenu; si le plomb extrait des blessures de la victime est le même que celui que possède encore l'accusé ou qu'il a acheté; enfin si une arme à feu qu'on trouve chez lui a été ou non-déchargée à une époque qui correspond à celle où le crime a été commis. Dans un cas de cette espèce, le papier d'une bourre ramassée sur le lieu du crime, était de même couleur (bleue), de même aspect et de même épaisseur que celui qui avait été saisi au domicile du prévenu. Mais n'existe-t-il qu'une sorte de bleu? Qui pourrait affirmer que les deux papiers

étaient teints par la même manière? Ne sait-on pas que le bleu de Prusse, l'indigo, le tournesol, l'azur, etc., peuvent être employés à cet usage? Avant donc d'affirmer que ces papiers sont identiques, il faudrait en faire l'analyse, et si, par exemple, un acide quelconque faisait virer au rouge l'un des papiers, et qu'il fût sans action sur l'autre, on conclurait que les papiers, quoiqu'ayant une ressemblance parfaite, ne sont pas de même nature. — Le même diamètre des grains de plomb ne doit pas suffire pour faire soutenir leur identité. On doit s'en assurer par l'analyse. Le plomb parfaitement pur est très-rare dans le commerce; si même il y existe, ce métal est toujours allié, soit avec l'antimoine, soit avec l'arsenic, soit encore avec l'argent : assez souvent aussi il contient ou du cuivre, ou du soufre, et quelquefois l'un et l'autre corps; l'analyse pourrait donc indiquer une différence de composition dans des grains de plomb de même calibre.

Pour résoudre la troisième question, qui est la plus importante, M. Boutigny a examiné à l'œil et à la loupe, les traces de la poudre sur la batterie d'une arme à feu déchargée à des intervalles différens; puis ayant enlevé avec soin la crasse formée depuis la décharge de l'arme, à l'aide d'un pinceau et d'eau distillée, il l'a soumise à divers réactifs. Voici les résultats auxquels il est parvenu :

On ne peut tirer aucune induction de la couleur de la crasse, qui est toujours à-peu-près la même, ni de son état hygrométrique, qui doit nécessairement varier suivant la saison, la température et les localités. (Dans une cause que cite l'auteur, un armurier avait dit que la trace de la poudre était humide après trois ou quatre jours, mais qu'après quinze jours les mêmes traces étaient sèches et pulvérulentes.) — Il n'en est pas de même de l'oxyde rouge de fer : on conclura de la présence de cet oxyde sur la partie du canon correspondante au bassinet, qu'il y a au moins deux jours que l'arme a été déchargée. On conclura, au contraire, de l'absence de cet oxyde, qu'il n'y a pas deux jours que l'on a fait usage de l'arme. On tirera les même conséquence de la présence ou de l'absence de cristaux dans le bassinet ou sous le couvre-feu.

Les réactifs (l'hydrocyanate de potasse ferruré, l'acétate de plomb, la teinture de noix de galle), indiquent, 1.° la présence d'un hydro-sulfate, et conséquemment de l'acide hydro-sulfurique; 2.° l'absence d'un sel de fer, plus tard sa présence, et ensuite sa disparition, sinon complète, du moins en grande partie. C'est donc principalement sur ce sel que roulent toutes les conséquences de l'analyse.

En réunissant les propriétés physiques et chimiques de la matière, on peut diviser les résultats obtenus en quatre parties qui caractérisent autant de périodes.

1.re *Période*. Elle ne dure que deux heures, et elle est caractérisée par la couleur noire-bleue de la crasse, l'absence de cristaux, de l'oxyde rouge de fer, et d'un sel de fer; la couleur légèrement ambrée de la solution, et la présence d'un hydrosulfate.

2.e *Pér*. Celle-ci est de 24 heures. La couleur moins foncée de la crasse, la limpidité de la solution, l'absence de l'acide hydro-sulfurique, des cristaux et de l'oxyde rouge de fer, et la présence d'atômes d'un sel de fer, la caractérisent.

3.e *Pér*. Elle dure dix jours. Celle-ci est caractérisée par la présence de petits cristaux qui existent dans le bassinet, sous le couvre-feu et sous la pierre. (Ces cristaux sont d'autant plus alongés que l'on s'éloigne davantage de l'époque à laquelle l'arme a été tirée.) Il existe sur la partie du canon correspondante à la batterie, et particulièrement au bassinet, des taches nombreuses d'oxyde rouge de fer. La teinture de noix de galle et l'hydrocyanate de potasse ferruré indiquent la présence d'un sel de fer.

4.e *Pér*. Celle-ci va jusqu'à 50 jours. Elle diffère de la troisième par une plus faible quantité d'un sel de fer, et par la plus grande quantité d'oxyde rouge existant sur le canon. — (L'auteur prévient que cette division en quatre périodes n'est point absolue, et qu'il importe beaucoup de tenir compte de l'état général de l'arme; qu'autrement on pourrait être induit en erreur.)

Ces expériences importantes serviront de point de départ pour des recherches nouvelles destinées à en confirmer et en étendre les résultats : quelles que soient les difficultés qu'il y aura toujours, comme le remarquent justement les rédacteurs du journal d'où nous avons extrait cet essai de chimie judiciaire, à apprécier avec la certitude désirable les états que peuvent offrir les armes à feu, à cause des différences qu'y apportent diverses circonstances, les recherches de M. Boutigny pourront toujours fournir des données utiles pour la solution des questions qui les ont suggérées. M. Boutigny annonce qu'il entreprendra incessamment des expériences comparatives sur les armes à bassinet de cuivre et sur les armes à percussion. Nous n'avons pas cru devoir reproduire la partie où l'auteur se livre à l'explication des produits qui se forment lors de la décharge d'une arme à feu, quelqu'intéressans que soient ces développemens théoriques qui ajoutent à la certitude des résultats fournis par l'expérience. (*Journal de chimie médic., de pharm. et de toxicol.*, septembre 1833.)

Académie royale de Médecine.

Séance du 27 août. — CHOLÉRA-MORBUS. — M. Double, au nom de la commission du choléra-morbus, lit une suite de rapports sur différens mémoires relatifs à cette maladie, les uns envoyés par le ministre, les autres adressés directement à l'Académie. Ces mémoires présentant peu d'intérêt, et n'ayant été l'objet d'aucune discussion, nous n'en parlerons pas. Il n'en a pas été de même du mémoire du D.r M. Halphen, touchant le choléra-morbus de la Nouvelle-Orléans. Dans ce pays, le choléra épidémique sévit simultanément avec une épidémie de fièvre jaune, et M. Halphen écrit *de visu*. Il fait connaître d'abord les localités qui réunissent au plus haut degré toutes les causes d'insalubrité, et rappelle entr'autres le tremblement de terre qui, en 1811, bouleversa tout ce pays. Il insiste surtout sur le vice des cimetières placés au voisinage de la ville, occupant les parties les plus basses du terrain, et dans lesquels les cadavres sont plutôt immergés qu'enterrés. Il vient ensuite à la description de l'épidémie elle-même. Dans l'été qui précéda la double épidémie, on observa, dit-il, des fièvres rémittentes pernicieuses, des gastro-céphalites, des entérites; en septembre, quelques cas de fièvre jaune se montrèrent, et dès le milieu d'octobre cette maladie fut déclarée épidémique; jamais elle n'avait été si intense dans le pays, et dans presque tous les cas elle réclama la saignée générale au début et le traitement antiphlogistique. C'est aussi au milieu d'octobre que le choléra éclata, et se ravages furent tels, que la Nouvelle-Orléans perdit le septième de sa population, et que sur une population de 50,000 ames il y eut jusqu'à 500 morts par jour. — Le 12 novembre, il s'éleva un vent du nord, le froid survint subitement, et en trois jours le fléau cessa presque entièrement. Selon M. Halphen, le choléra fut apporté de Saint-Louis à la Nouvelle-Orléans par le bateau à vapeur la *Constitution*. Son mémoire contient 57 observations particulières; 8 ou 10 sont relatives à des cas de choléra éclatant chez des sujets atteints de fièvre jaune, et l'on y voit que le traitement antiphlogistique réclamé par la fièvre jaune favorisait le développement du choléra. On y voit aussi que la présence du choléra rend tout-à-coup moins intense la fièvre jaune, et qu'en général la première de ces maladies, affection toute asthénique, domine la seconde, maladie essentiellement sthénique. M. Halphen vante, comme lui ayant presque toujours réussi, le sulfate de quinine associé à la thridace; ces médicamens étaient donnés ou en pilules, ou en potion, ou en lavement: toutes les 15 ou 20 minutes, jusque à la réaction; ou une pilule faite avec trois grains

de sulfate de quinine et un grain de thridace, ou une cuillerée d'une potion faite sur six onces de liquide avec quarante grains de sulfate de quinine, et six à dix grains de thridace; ou des quarts de lavement contenant six à dix grains de sulfate de quinine, et deux à quatre grains de thridace : sous l'influence de ces médicamens, il vit presque toujours la réaction s'établir, et le choléra devenir une maladie régulière et durable. La commission donne beaucoup d'éloges au mémoire de M. Halphen, qu'elle propose de renvoyer au comité de publication. — M. Rochoux croit les éloges donnés par le rapporteur exagérés, et, selon lui, M. Halphen a augmenté le nombre de ses guérisons. — M. Chervin parle dans le même sens, et comme preuve il fait remarquer que si le traitement conseillé par M. Halphen était si efficace, on n'aurait pas vu en avril dernier le choléra faire à la Nouvelle-Orléans des ravages tels, que la population a dû quitter la ville. — M. Castel avance que la co-existence du choléra et de la fièvre jaune n'est pas nouvelle, et elle a été observée sur l'équipage d'un navire dont parle Lind. — MM. Serres et Ferrus disent au contraire avoir recueilli de personnes venant de la Louisiane, des témoignages favorables à la méthode thérapeutique de M. Halphen.

TARENTISME. — Le docteur Salvatore di Renzi lit une note sur le *tarentisme*, affection hypochondriaque et convulsive causée par la piqûre d'un insecte, la *tarentule*. C'est dans la partie sud-est du royaume de Naples, vis-à-vis la Grèce, dans la province dite d'Otranto ou des Salentins, que le tarentisme est le plus commun. L'insecte qui l'occasionne appartient à la famille des araignées, et est appelé par Aristote *phalangio;* sa grosseur et sa couleur sont variables. Son poison agit sur le système nerveux et produit une espèce de monomanie hypochondriaque. D'abord au lieu de la piqûre, phlogose circonscrite; puis le gonflement se communique aux parties voisines. Quelques heures après, le malade devient triste, morne, silencieux; il éprouve des angoisses, des resserremens à la poitrine, des vertiges, des nausées, des vomissemens; cela dure quelques jours, après lesquels le malade reste dans une espèce d'hébétude; et le seul souvenir de son malheur, le retour de la chaleur de l'été, la vue d'un malade atteint du même mal lui causent des accès hypochondriaques violens. Le traitement consiste à faire danser les malades au son d'un violon, ou d'une cornemuse; et les médecins expliquent le bon effet de ce moyen par la sueur qu'il détermine, et l'influence qu'il exerce sur l'imagination. Ils employent aussi la thériaque et l'ammoniaque à l'intérieur, et le savon ammoniacal à l'extérieur. M. Salvatore di Rienzi combat les médecins qui regardent le tarentisme comme une affection hypochondriaque produite par la simple action du climat. Selon lui, il faut toujours la piqûre de l'insecte, et il en cite deux observations qu'il a recueillies; l'une sur un enfant de trois mois, et l'autre sur un moissonneur qu'on fit piquer par l'insecte pendant son sommeil.

Dans les deux cas, la maladie fut guérie par la musique. Ce mémoire est envoyé à l'examen de MM. Andral père, et Virey.

La séance a été terminée par la lecture d'une note de M. Cherroy, sur les suites malheureuses d'un accouchement, note sur laquelle nous reviendrons à l'occasion du rapport auquel elle donnera lieu ; et par la présentation qu'a faite M. le docteur Husson, de la chevelure d'une femme morte à l'Hôtel-Dieu. Cette chevelure est feutrée comme dans la plique, moins la lésion des bulbes et du cuir chevelu.

Séance du 3 *septembre.* — CHOLÉRA. — M. le docteur Chervin revient sur le mémoire de M. Halphen, qui a occupé l'Académie dans la dernière séance. Des renseignemens qu'il a recueillis depuis cette séance lui ont appris que M. Halphen exerçait sans titre la médecine à la Nouvelle-Orléans, et que ce n'est que depuis peu que cet écrivain s'est fait recevoir officier de santé. Il persiste à croire que M. Halphen a exagéré ses succès, et en effet, on ne parlait pas de son remède au commencement de l'épidémie ; ce remède ne réussissait pas alors plus qu'aucun autre : si plus tard il a été suivi de guérison, cela est arrivé de même aux remèdes des autres médecins. Enfin, des lettres récentes et le *Courrier* de la Louisiane annoncent que le choléra y cause une mortalité effroyable, et cela ne devrait pas être, si le remède de M. Halphen était si efficace. M. Gérardin revient sur ce fait remarquable de la coexistence de la fièvre jaune et du choléra sur le même individu : il a vainement cherché dans Lind le cas que dit avoir vu M. Castel. Aucun des médecins des Indes orientales n'a parlé de cette simultanéité, qui, au contraire, est mentionnée souvent par les médecins des Indes occidentales. Du reste, il se demande ce que peut être l'état d'un homme affecté à la fois de deux maladies, dont l'une lui ferait perdre la partie séreuse du sang, tandis que l'autre lui en ferait perdre la partie colorante. M. Rochoux, par suite de cette remarque, doute même de la coexistence annoncée par M. Halphen.

M. Ferrus lit la première partie d'un mémoire sur la marche du choléra dans l'hospice de Bicêtre, et sur les ravages qu'il a produits parmi les aliénés. Il en résulte, contre l'opinion reçue, que les aliénés sont, comme les autres hommes, soumis aux influences épidémiques ; que la sécurité dont ils jouissent ne diminue pas pour eux la gravité des accidens ; et qu'il est tout aussi nécessaire pour eux de chercher à les préserver. Nous reviendrons sur ce travail, lorsque l'auteur en aura achevé la lecture. M. Villermé seul a combattu cette proposition de M. Ferrus, que les épidémies vont généralement de l'est à l'ouest ; il a assuré que la nourriture des prisonniers de Bicêtre est moins mauvaise que celle des *Bons pauvres ;* enfin il a avancé que le choléra est plus dangereux pour les deux âges extrêmes que pour les âges intermédiaires, et en effet les vétérans de l'hospice n'ont eu, sur 160 hommes, qu'un cholérique.

La séance a été terminée par la lecture d'un mémoire de M. Bergeon, sur un procédé de son invention pour l'abaissement de la cataracte avec une aiguille nouvelle. Nous reviendrons sur ce mémoire lors du rapport des commissaires, MM. Demours, Sanson et Velpeau.

Séance du 11 septembre. — GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE PÉRITONÉALE. —M. J. Cloquet, au nom de M. Mojon, de Gênes, présent à la séance, lit l'observation suivante : Une femme de 78 ans, morte, est apportée dans l'amphithéâtre d'anatomie de M. Mojon ; dans la cavité abdominale on trouva une tumeur qui occupait la cavité droite du petit bassin, adhérait intimement par un tissu cellulaire très-épais à la vessie, au vagin et à la matrice, cartilagineuse à l'extérieur, sans communication aucune avec les parties adjacentes, et qui contenait dans son intérieur un fœtus entièrement momifié, de la forme et de la grandeur d'un fœtus de trois mois. L'examen le plus attentif ne put faire découvrir si ce fœtus s'était détaché de l'ovaire ou de la trompe, ou était sorti de la matrice ou du vagin par une rupture particulière ; la femme avait été mère de trois enfans, avait toujours joui d'une bonne santé, et était morte de vieillesse à l'hôpital. M. Mojon croit que cette grossesse extra-utérine datait au moins de trente années, et que le fœtus, d'abord desséché, s'était ensuite incrusté de phosphate de chaux. M. Mojon, dans sa note, rappelle plusieurs exemples semblables que possèdent déjà les fastes de la science.

M. J. Cloquet regarde ce fait comme un exemple du genre de grossesse qu'on a appelé *péritonéale*, mais dont on a contesté l'existence dans l'espèce humaine. M. Breschet croit que ce fait ne doit pas faire cesser le doute qui existe à cet égard : chargé d'examiner avec Béclard tous les faits de la science sur cette question, tous leur parurent manquer de l'authenticité nécessaire. — M. J. Cloquet réplique, qu'au moins le fait est bien constaté chez les animaux ; lui-même a vu dans des chattes des tumeurs enkystées qui renfermaient des fœtus de chat bien développés, et ces tumeurs n'avaient d'adhérence qu'avec les vaisseaux du péritoine. — M. Velpeau pense que le fait est même certain pour l'espèce humaine ; il en cite deux observations qui lui sont propres, et dans lesquelles les fœtus de trois mois n'avaient aucune liaison ni avec les ovaires, ni avec les trompes, ni avec la matrice. — M. Capuron en cite une qui lui est commune avec M. Lisfranc. — M. Deneux dit que les grossesses de ce genre arrivent rarement à terme, et qu'il est facile d'errer à leur égard : dans le voyage qu'il vient de faire à Naples, il a assisté à l'ouverture du corps d'une femme qui présenta, selon les asistans, une grossesse péritonéale ; mais, selon lui, ce n'était qu'une grossesse tubaire. — M. Esquirol, sur la provocation de M. Velpeau, cite un cas qu'il a observé sur une femme de 68 ans, dans laquelle la tumeur, contenant un fœtus, était sans aucune liaison avec les organes génitaux. — M. Moreau dit que chez la femme, il reste toujours un peu de doute sur la question de savoir si le fœtus

tient encore à l'un ou l'autre des organes génitaux qu'il doit traverser; ou si, tombé de l'un d'eux dans le ventre il est sans aucune communication avec eux : mais dans les animaux, le fait est certain; et il a vu, il y a quelques années, une femelle de lapin renfermant un certain nombre de fœtus flottans et détachés dans l'abdomen. — M. Lisfranc soutient que le fait est constant pour la femme elle-même.

Bassin-mannequin. — M. Mayor, de Lausanne, présente à l'Académie le modèle d'un bassin fait en fil métallique; ce fil n'en figure que les crêtes; et comme il est flexible, et que ces crêtes laissent entre elles de grands vides, il en résulte qu'on peut imiter toutes les déviations que peut présenter le bassin, et suivre des yeux toutes les manœuvres de l'accouchement.

Tarentisme. — M. Virey, au nom d'une commission, lit un rapport sur la note communiquée dans la précédente séance, par M. le docteur de Renzi, de Naples. La commission ne pense pas que les deux faits rapportés par M. de Renzi aient rien de concluant en faveur du tarentisme; elle demande expressément que l'Académie ne se prononce pas sur la réalité d'une maladie dont elle doute. M. Huzard appuie cette conclusion de la commission, par une citation de l'ouvrage de Serrao, sur le tarentisme, et la lecture de l'extrait qu'en a donné Vicq-d'Azyr, dans l'éloge de ce médecin napolitain. M. Duméril ajoute que des observations récentes, faites par Léon Dufour, établissent que l'insecte à la piqûre duquel on attribue le tarentisme n'est pas vénéneux. MM. Andral et Deneux appuient ces opinions de témoignages qu'ils ont recueillis sur les lieux. L'Académie se borne à ordonner le dépôt aux archives de la note de M. de Renzi.

Choléra. — M. Maingault lit un mémoire sur le choléra dont les gallinacés ont été atteints. Il est établi dans ce mémoire que, par les symptômes et les lésions cadavériques, la maladie a été chez les gallinacés ce qu'elle a été chez l'homme. M. Gasc rapporte à ce propos que dans le même temps des maladies ont été observées chez les poissons : il demande si l'on n'a pas remarqué que les végétaux eux-mêmes avaient été affectés.

Séance du 17 septembre. — M. Breschet revient sur la question des grossesses péritonéales; il soutient que ces grossesses ne sont prouvées ni pour notre espèce, ni pour les femelles des animaux. Ce qui a pu contribuer à induire en erreur, c'est la possibilité que pendant le séjour de deux germes dans l'utérus, l'un pénètre dans l'autre; ainsi que cela était dans le cas du jeune Bissieu, observé par M. Dupuytren, et dont l'histoire est consignée dans le bulletin de la Faculté. Combien l'erreur est-elle plus possible chez les femelles des animaux, à cause du nombre plus grand des fœtus, des lieux où ceux-ci se développent, etc. M. Breschet désire que M. Mojon se procure les renseignemens les plus exacts sur le cas dont il a entretenu l'Académie. M. Gasc rappelle

au contraire, à l'appui de la possibilité des grossesses péritonéales, le fait rapporté par M. le professeur Lallemant, de Montpellier, dans sa thèse inaugurale, d'une femme qui surprise par un indiscret, au moment du coït, éprouva aussitôt une douleur dans un des côtés du ventre, et qui huit mois après périt d'une grossesse extra-utérine dont le fœtus était placé en ce lieu.

PANSEMENS ET APPAREILS. — M. Mayor, de Lausanne, fait la démonstration des bandages dont il se sert pour maintenir les fractures. Tout se réduit pour lui à une seule pièce, ou de toile de lin, ou de coton, ou de soie, ou de laine, qu'il dispose en carré long, ou en triangle, ou en cravatte, et avec laquelle il satisfait à toutes les indications. Ce chirurgien cependant n'exclut pas absolument l'emploi des compresses, coussins, attelles, etc.

ÉCLAMPSIE. — M. Dugès lit un mémoire intitulé : *De l'éclampsie des jeunes enfans comparée avec l'apoplexie et le tétanos*. Dans la première partie de ce mémoire, M. Dugès établit que l'éclampsie est une maladie convulsive des enfans, due sans doute à une irritation idiopathique ou sympathique de l'encéphale, mais surtout de la substance corticale des circonvolutions du cerveau et du cervelet. Dans une seconde partie, M. Dugès compare l'éclampsie à l'apoplexie, et il montre la première de ces maladies, tantôt tenant à un état apoplectique qui la détermine ou dérive de la même cause qu'elle, tantôt suivie d'un état apoplectique qui en est l'effet, ce qui lui donne dans l'un ou l'autre cas primitivement ou secondairement, l'état apoplectiforme. Souvent alors, pendant qu'il y a convulsion dans la partie du corps opposée au côté du cerveau qui est irrité, il y à paralysie dans le côté opposé. Souvent aussi, aux symptômes d'apoplexie ou d'asphyxie avec lesquels s'est présenté l'enfant à la naissance, succèdent ceux de l'éclampsie. Souvent enfin les symptômes de ces diverses affections, apoplexie, asphyxie, éclampsie, se confondent plus ou moins, et il n'est pas toujours facile dans les premières heures de la naissance de distinguer à laquelle de ces maladies on a affaire, et quelle est celle qui a déterminé les autres, au cas qu'elles co-existent. Du reste, si souvent à la naissance c'est l'apoplexie qui détermine l'éclampsie, plus tard c'est au contraire l'éclampsie qui amène l'apoplexie. Que de fois, chez les enfans de quatre et cinq ans, atteints de convulsions, comme chez les femmes en couche, ne voit-on pas un épanchement se faire dans l'intérieur du cerveau, et laisser à sa suite une hémiplégie ! Le mémoire de M. Dugès contient diverses observations qui sont autant d'exemples de ces divers cas. Enfin, dans une troisième partie de son mémoire, M. Dugès compare l'éclampsie au tétanos des nouveau-nés ; selon lui, ces deux maladies sont identiques, et on a eu tort de faire de la dernière une maladie nouvelle et comme exclusive aux Antilles. Il en cite diverses observations dans lesquelles le tétanos se montre

tantôt général, tantôt partiel, et consistant en un trismus, tantôt primitif et tantôt consécutif. Dans ce cas l'éclampsie se montre, non avec la *forme épileptique* ou *la forme apoplectique*, mais avec *la forme tétanique*. — L'Académie renvoie ce mémoire à son comité de publication.

Séance du 24. — M. le docteur Græfe, de Berlin, assiste à la séance. Il donne des détails sur l'institut ophthalmologique de Berlin.

Grossesse abdominale. — M. Capuron reprend la discussion sur les grossesses abdominales, et objecte aux raisonnemens de M. Breschet, sur la présence d'un fœtus dans l'abdomen du jeune Bissieu, que ce fœtus était entré par intrusion dans l'intérieur du corps de ce jeune homme. Si on l'eût rencontré chez une jeune fille, soit avant, soit même après l'époque de la nubilité, on n'eût pu conclure à une grossesse abdominale. Un fœtus monstrueux, comme l'était celui-là, n'a point de membrane extérieure, n'a point de cordon, au lieu qu'un fœtus qui n'est que déplacé porte avec lui ses annexes qui montrent son origine. M. Breschet réplique que dans les quatre-vingts et tant de cas qu'il pourrait citer, la distinction établie par M. Capuron ne saurait être admise. Tout intrus qu'il est, un fœtus de cette nature se développe et ne peut se développer que parce qu'il tient au reste de l'organisation par ses membranes ou ses vaisseaux. Il a ou il a donc eu des annexes, leur défaut actuel n'a rien de concluant. Le fœtus présenté par M. Mojon n'avait ni membrane ni cordon. Le cas cité par M. Gasc, d'après M. Lallemand, est celui d'un fœtus trouvé entre l'ovaire et la trompe : il n'était donc pas abdominal. — M. Capuron dit avoir trouvé un fœtus dans la partie supérieure de la cuisse. — M. Ollivier ajoute que ce fœtus était dans une enveloppe péritonéale, et qu'il en a vu beaucoup de ce genre. M. Velpeau soutient que le fait de grossesses abdominales est aujourd'hui hors de doute. Ces grossesses ont été bien constatées par divers médecins. Elles sont plus communes qu'on ne pense.

M. le docteur Stoltz, de Strasbourg, lit un mémoire sur *l'accouchement prématuré artificiel*. Rapporteurs, MM. Moreau et Paul Dubois.

Académie royale des Sciences.

Séance du 2 septembre. — Gélatine. — M. Grouvelle, en adressant le compte rendu imprimé des hôpitaux civils de la ville de Metz, appelle l'attention sur les attestations favorables à l'emploi de la gélatine. Il insiste entr'autres sur la remarque que, dans l'hospice civil des Vieillards, il y a moins de maladies depuis qu'on y fait usage de cette substance. Une lettre manuscrite du secrétaire-contrôleur des

hôpitaux de Metz, renferme aussi à ce sujet des renseignemens détaillés.

STATISTIQUE; MORTALITÉ. — M. Moreau-de-Jonnès lit un mémoire, ayant pour titre : *Études statistiques sur la mortalité dans les différentes contrées de l'Europe*. Les causes qui agissent en Europe sur les mouvemens de la population ont, dit l'auteur, une influence bien plus puissante sur la mortalité que sur la reproduction. Pour les naissances, le maximum est à peine le double du minimum; pour les morts, il est presque le triple (22, 59) dans les temps ordinaires. D'après les tableaux faits par M. Moreau-de-Jonnès, sur divers documens officiels, il meurt annuellement, dans les États romains et les anciennes possessions Vénitiennes, 1 sur 30. — Italie, Grèce, Turquie, 1 sur 30. — Pays-Bas, France, Prusse, 1 sur 39. — Suisse, empire d'Autriche, Portugal, Espagne, 1 sur 40. — Russie d'Europe, Pologne 1 sur 44. — Allemagne, Dannemarck, Suède, 1 sur 45. — Norvège, 1 sur 48. — Irlande, 1 sur 53. — Angleterre, 1 sur 58. — Écosse et Irlande, 1 sur 59.

On peut remarquer que deux grandes causes déterminent surtout le rapport de la mortalité à la population : ce sont l'influence du climat et celle de la civilisation. Le climat favorise éminemment la prolongation de la vie lorsqu'il est froid, et même lorsqu'il est rigoureux, ou lorsque l'humidité du voisinage de la mer se joint à une basse température. Les contrées méridionales, dont le climat semble si favorable à l'espèce humaine, sont au contraire celles où la vie court le plus de hasards. Les lieux de la Zone-Torride, dont on a calculé la mortalité, montrent quelle influence pernicieuse exerce sur l'existence de l'homme une haute température. Ainsi, à Batavia à 6° 10′ de latitude, la mortalité est de 1 sur 26 ½. — Trinitad, 10° 10′, 1 sur 27. — Sainte Lucie, 13° 54′, 1 sur 27. — Martinique, 14° 44′, 1 sur 28. — Guadeloupe, 15° 69′, 1 sur 27. — Bombay, 18° 86′, 1 sur 20. — Havane, 23° 11′, 1 sur 33.

La résistance de la vie diffère entre les tropiques, selon les races d'hommes, et sa durée est dans le même lieu double ou triple de ce qu'elle est pour les autres. Ainsi, à Batavia, en 1805, les *Européens* comptent 1 décès sur 11 individus; les *Esclaves*, 1 sur 13; les *Chinois*, 1 sur 29; les *Javanais*, 1 sur 40. — A la Guadeloupe, de 1816 à 1824; les *blancs*, 1 sur 23 ½; les *affranchis*, 1 sur 35. — A la Martinique, 1817, les *blancs*, 1 sur 24; les *affranchis*, 1 sur 33.

On peut rapprocher de cette mortalité de la Zône torride celle qui a lieu à Madère, le seul établissement tropical de la Zone tempérée. Heberden a calculé que dans cette île les décès étaient sensiblement dans le rapport de 1 à 50 avec le nombre total des habitans.

Les effets qu'exerce sur la mortalité le degré de perfection plus ou moins grand de l'économie sociale ne sont pas moins étendus que ceux dont la cause réside dans l'action du climat. Ainsi, en Suède, la mor-

talité, qui, de 1754 à 1763, est de 1 sur 34, n'est plus que de 1 sur 45, de 1820 à 1825. Une grande diminution se remarque également en Danemarck, en Allemagne, en Russie, en Hollande, en Italie. Dans la Grande-Bretagne, de 1787 à 1789, elle est de 1 sur 43, et sur 47, de 1800 à 1804. Dans l'Angleterre seule en 1690, 1 sur 53; en 1821, 1 sur 58. En France, 1776, 1 sur 25 ½; en 1825-1827, 1 sur 39 ½. La mortalité est restée la même en Russie et en Norvège depuis 30 ans; elle s'est accrue dans le royaume de Naples. Greesmilch évaluait, il y a 80 ans, la moyenne de mortalité dans l'ensemble de toutes les contrées de l'Europe à 1 sur 36. D'après les calculs de M. Moreau, elle ne serait aujourd'hui que de 1 sur 40; de sorte que dans cette supposition elle aurait diminué d'un neuvième. Mais l'auteur du mémoire pense que l'évaluation du statisticien allemand est beaucoup trop faible, et que la mortalité devait être, pour le temps où il écrivait, au moins de 1 sur 30, de sorte qu'il y aurait, en effet, une diminution beaucoup plus grande.

Vice de conformation congénitale du cerveau. — M. Deschamps lit un mémoire sur un cas de ce genre non encore indiqué par les auteurs. L'individu qui fait le sujet de cette observation était un homme nommé Merme, âgé de 43 ans lorqu'il a succombé aux suites d'une fracture du fémur accompagnée d'une luxation coxo-fémorale du côté opposé. Lorsque l'individu a été présenté à l'hôpital, il y avait aberration des facultés intellectuelles, et cette aberration n'était pas récente. Sa physionomie d'ailleurs était celle d'un idiot; cependant il ne parait pas qu'il le fût au dernier degré, puisqu'on l'a entendu adresser des reproches à un malade placé dans un lit voisin du sien, parce qu'il s'imaginait que cet homme était la cause de tous ses maux. Les membres étaient en grande partie impropres aux usages ordinaires en raison de diverses déformations et contractures. Le cerveau a présenté; 1° un prolongement anormal de la scissure de Sylvius à la face supérieure de l'hémisphère gauche; 2° deux ouvertures accidentelles, distinctes, autour desquelles les circonvolutions cérébrales sont plissées, ouvertures qui établissent une communication de la périphérie de l'encéphale avec les parties centrales; 3° à la face supérieure des hémisphères une division trifide lobulaire.

Quarantaines et lazarets. — M. Chervin lit un *Mémoire sur les quarantaines et les pertes occasionnées par les mesures sanitaires.* Dans une des précédentes séances de l'Académie, M. Ségur-Dupeyron, sécrétaire du conseil supérieur de santé, avait présenté un travail dans lequel il cherchait à démontrer que les quarantaines rigoureuses auxquelles nos navires seraient soumis dans les ports étrangers, si on les en dispensait chez nous, leur causeraient un préjudice beaucoup plus considérable que celui qu'ils subissent dans l'état actuel des choses. Ce résultat était appuyé de chiffres et de documens of-

rendu. C'est à ce travail, sur lequel M. Double avait fait un rapport favorable, mais qui fut combattu par MM. Gay-Lussac, Poinsot, Navier, Magendie, etc., que répond M. Chervin. Cet auteur commence par contester le principe posé par M. Dupeyron, que *les populations qui se sont trouvées le plus fréquemment en contact avec les maladies appelées pestilentielles*, sont, en Europe, celles où la doctrine de la contagion compte le plus de partisans. Cette proposition est surtout inexacte appliquée à l'Amérique, puisqu'à la Nouvelle-Orléans, l'une des villes qui ont le plus souffert de la fièvre jaune, les quarantaines ont été abolies dès 1825; quant à l'Espagne, c'est surtout au défaut de liberté de discussion que l'on doit attribuer l'état de l'opinion publique sur ce sujet. Mais d'ailleurs, en Espagne on est moins sévère sur les quarantaines qu'à Marseille. L'administration est en France plus contagioniste qu'en Espagne; c'est elle qui a mis jusqu'ici les plus grands obstacles aux améliorations que réclame impérieusement le système sanitaire Européen. Le meilleur moyen, dit M. Chervin, de tranquilliser les populations contre la crainte d'un danger quelconque, c'est de leur prouver par des faits positifs que ce danger n'existe pas; et c'est ce qu'aurait fait certainement l'expérience commencée, il y a neuf ans, par la Hollande et l'Angleterre, si l'intervention inopportune de la France ne fut venue malheureusement en arrêter le cours. — M. Chervin entre ensuite dans de grands détails de calculs pour montrer que M. Dupeyron a estimé trop bas les frais de quarantaine supportés par les navires. Il montre en outre que les quarantaines sont encore préjudiciables au commerce par les avaries qui en sont la conséquence, soit à bord des bâtimens, soit dans les lazarets où certains produits éprouvent des détériorations plus ou moins considérables; elles peuvent même donner lieu à la perte des bâtimens, soit en les retenant dans de mauvais mouillages, soit en les privant de secours dans les cas de détresse; car lorsque, pour rendre service, il faut perdre sa liberté pendant trente ou soixante jours, ou se voir fusiller pour récompense, on y regarde à deux fois. Il cite plusieurs exemples connus de ce résultat funeste des mesures sanitaires. — M. Chervin signale encore le silence qu'a gardé M. Dupeyron sur les pertes occasionnées au commerce par la destruction des marchandises et des effets pour cause de salubrité publique. Les quarantaines sont encore nuisibles, parce qu'elles retiennent de grands capitaux hors de la circulation et diminuent d'autant le mouvement des affaires; parce qu'elles peuvent placer le commerce d'un pays dans des circonstances plus défavorables que celui des pays voisins, et lui donner ainsi du désavantage sur les marchés étrangers, et c'est précisément ce qui nous arrive relativement à l'Angleterre, qui ne soumet, pour ainsi dire, les provenances du Nouveau-Monde à aucune quarantaine, et qui réduit considérablement celle que nous

l'avons obligée d'imposer de nouveau à son commerce de l'Égypte et du Levant; enfin, les quarantaines sont nuisibles à la marine de l'État, dont un douzième des vaisseaux sont constamment en quarantaine. On conçoit les graves inconvéniens qu'aurait, en cas de guerre, ce système de mesures sanitaires, et l'avantage laissé par là à un ennemi qui se moquerait de la contagion. — M. Chervin termine ainsi : « Je crois avoir prouvé par ce qui précède que les dépenses et les pertes occasionnées à notre commerce par les mesures sanitaires sont loin d'être aussi minimes que l'a prétendu M. Ségur-Dupeyron dans son mémoire, et qu'il est parconséquent très-urgent d'abolir ou de modifier considérablement ces mêmes mesures, même à ne considérer leurs funestes effets que dans le point de vue purement matériel, et en laissant absolument de côté tout ce qui intéresse l'humanité et les relations sociales, choses cependant bien dignes de notre sollicitude. Il me reste maintenant à exposer les moyens qui me paraissent les plus propres pour obtenir une prompte réforme du système sanitaire européen. »

Séance du 16. — Deux lettres de MM. Souberbielle et Civiale, relatives à la statistique des maladies calculeuses, donnent lieu à une vive discussion.

— M. Julia-Fontenelle présente un mémoire, intitulé : *Recherches médico-légales sur les guillotinés et sur l'existence de la douleur après la décolation.* L'auteur reproduit les discussions et la plupart des expériences connues sur ce sujet, et en conclut, contrairement à l'opinion générale des physiologistes, que la guillotine est un des genres de mort les plus terribles, les plus atroces qui aient pu être inventés; que les douleurs de la décolation sont effroyables, et qu'elles durent jusqu'à la presque extinction de la chaleur vitale. — M. Costallat lit un mémoire sur un nouveau procédé qu'il a inventé pour la dilatation des voies naturelles. Nous en parlerons à l'occasion du rapport.

Séance du 23. — TRAITEMENT DE LA RAGE. — M. Buisson écrit qu'un Traité sur l'hydrophobie, adressé en 1823, est de lui, et que l'individu, désigné comme guéri de la rage, est lui-même. Il regarde son moyen comme tellement certain, qu'il offre de s'inoculer la maladie. Il demande que son mémoire soit admis au concours pour le prix Monthyon. Voici ce que l'auteur raconte de sa maladie et de sa guérison :

Il avait été appelé près d'une femme qui depuis trois jours était atteinte d'une maladie qu'on disait être l'hydrophobie. Elle poussait des cris aigus, se plaignait d'un sentiment de constriction à la gorge, écumait et crachait continuellement. Les voisins de la malade dirent qu'elle avait été mordue 40 jours auparavant par un chien enragé. Elle-même ne confessait pas être hydrophobe, et soutenait que ces accidens dépendaient de son temps critique. Sur ses instantes prières, elle fut saignée, et mourut deux heures après, ce qui se pouvait prévoir.

d'ailleurs avant l'opération. M. Buisson, qui avait les mains couvertes de sang, prit, pour les nettoyer, un linge qui avait servi à essuyer la bouche de la malade. Il avait alors à un des doigts une ulcération dépendante d'une carie; cependant il crut qu'il détruirait les effets de cette imprudente application du linge imbibé de salive en se lavant ensuite avec de l'eau pure. Le neuvième jour, étant en cabriolet, il sentit tout-à-coup une douleur dans la gorge, et une plus grande encore dans les yeux. Son corps lui paraissait si léger qu'il semblait qu'il aurait pu, en sautant, s'élever à une hauteur prodigieuse; la peau du cuir chevelu était si sensible, qu'il aurait pu, à ce qu'il pensait alors, compter tous ses cheveux sans les voir. La salive lui venait continuellement à la bouche. L'impression de l'air, la vue des corps brillans lui causaient une sensation très-pénible. Il éprouvait, dit-il, un besoin de courir et de mordre, non les hommes, mais les animaux et les corps inanimés. Enfin, il buvait avec peine, et la vue de l'eau le fatiguait beaucoup plus que la douleur de gorge. Les accidens se reproduisaient de cinq en cinq minutes, et il lui semblait que les douleurs commençaient par le doigt malade, et s'étendaient de là jusqu'à l'épaule. A l'ensemble de ces symptômes il se jugea atteint de la rage, et résolut de mettre fin à sa vie en s'étouffant dans un bain de vapeur. Il poussa la chaleur jusqu'à 42°, et alors il fut aussi surpris que charmé de voir cesser tous les accidens. Il sortit de la salle guéri, dîna largement, et but plus qu'à son ordinaire. Depuis ce temps il dit avoir traité par le même moyen plus de 80 personnes mordues, chez quatre desquelles la rage était déclarée. Toutes, à ce qu'il assure, ont été guéries, à l'exception d'un enfant de sept ans qui mourut dans le bain même.

Le traitement qu'il prescrit aux personnes mordues consiste à prendre un certain nombre de bains de vapeur dits à la Russe, et à se faire suer toutes les nuits violemment en s'enveloppant d'une couverture de laine et se couvrant d'un lit de plumes. On favorise la transpiration en buvant en abondance une décoction chaude de salsepareille. Comme preuve de l'utilité d'une transpiration copieuse et continue dans cette maladie, il raconte l'anecdote suivante : Un parent du musicien Grétry fut mordu par un chien enragé, ainsi que beaucoup d'autres personnes, qui toutes moururent hydrophobes. Pour lui, sentant les premiers symptômes de la maladie, il se mit à danser nuit et jour, disant qu'il voulait mourir gaîment. Il guérit. — M. Buisson cite encore à ce propos les vieilles histoires de tarentisme guéris par la danse. Il fait observer enfin que les animaux chez lesquels on observe le plus souvent la rage se développer spontanément, chiens, loups et renards, sont des animaux qui ne suent pas.

VARIÉTÉS.

Réapparition du choléra à Paris.

Le choléra vient de se montrer de nouveau à Paris. Ce qui a été observé dans la plupart des grandes villes de l'Europe, où l'épidémie s'est manifestée une seconde fois après avoir cessé complètement, devait faire redouter le même accident à Paris. L'époque du renouvellement de la maladie serait-elle arrivée? C'est ce que les événemens du mois prochain peuvent seuls décider. On avait bien, de temps à autre, depuis la fin de l'épidémie de l'année dernière, signalé quelques cas isolés qui semblaient appartenir au choléra : il y a deux mois à-peu-près, qu'un certain nombre de malades, douze à quinze, furent observés à la fois et firent craindre l'extension du mal qui parut encore s'arrêter. Ces derniers jours, un plus grand nombre de malades sont entrés dans les hôpitaux ou ont été vus en ville. C'est à dater du 19 du mois que le choléra semble s'être surtout développé. Le 20 septembre, on comptait déjà 18 malades à l'hôtel-Dieu. Le 26, 58 cholériques avaient été reçus à cet hôpital. Plusieurs des autres hôpitaux de la capitale en comptaient aussi quelques-uns. Aujourd'hui 1er octobre, le nombre ne s'est pas accru.

Nous ne chercherons pas à apprécier les causes qui ont pu favoriser la réapparition du choléra à Paris. Ce serait nous livrer à de vaines conjectures que rien ne justifierait. Comme à la première invasion de l'épidémie, la maladie paraît frapper de préférence les individus atténués par les privations ou les excès de toute espèce. Ce n'est point une raison pour croire qu'il en sera toujours ainsi. L'expérience l'a trop appris. Nous ne croyons pas devoir tracer un plan de conduite pour le cas actuel : nous serions peut-être embarrassés de formuler quelques règles au milieu des opinions divergentes que la nouvelle épidémie, si elle prend l'extension qu'on a lieu de redouter, ne conciliera probablement pas. Nous renvoyons aux nombreux mémoires publiés dans notre journal sur cette matière. Laissant à nos confrères, qui parlent au public médical à des intervalles plus rapprochés que nous, le soin d'indiquer la marche journalière de l'épidémie, nous nous contenterons de recueillir les travaux d'ensemble qui pourront servir à l'histoire générale ou particulière du choléra.

— En rendant compte dans le dernier N.° des *Archives*, de la séance de l'Académie de Médecine, où M. Bricheteau a fait un rapport sur des appareils orthopédiques (séance du 13 août), nous avons inexactement indiqué le nom de l'auteur de ces appareils : M. le docteur Mellet, et non Millet, comme il a été écrit.

BIBLIOGRAPHIE.

Nouveau système de chimie organique fondé sur des méthodes nouvelles d'observation; par F. V. Raspail. *Paris*, 1833, *in*-8.°, *pp.* 576, *fig. Chez Baillière. Prix*, 10 *fr.*

Tel est le titre de l'ouvrage que vient de publier M. Raspail : la majeure partie des faits qu'il renferme était connue par les mémoires qu'a donnés cet auteur depuis huit ans; mais, disséminés qu'ils étaient dans une foule de recueils périodiques, ils ne laissaient pas assez apercevoir la corrélation intime qui les unit, et qui constitue un système vraiment neuf de chimie organique : il était bon d'ailleurs de populariser les résultats de l'analyse microscopique, et ce n'est pas un des moindres mérites de M. Raspail, à nos yeux, que d'avoir appris à faire *à bon marché* des observations rigoureuses.

Aussi les notions préliminaires qui occupent les cent premières pages du livre que nous examinons sont-elles du plus haut intérêt; l'auteur y a rassemblé tout ce que son expérience dans l'art d'observer lui a appris de moyens exacts et ingénieux; je mentionnerai spécialement son appareil contre l'évaporation des liquides; il consiste dans un petit tube fermé par un bout, dont on recouvre l'objectif, de manière à l'emboiter; ce tube plongeant dans le liquide lui-même, on n'a point à redouter le ternissement de l'appareil par la condensation de la vapeur sur la lentille, et sa corrosion, si cette vapeur est de nature à attaquer le métal : bien plus, ce moyen si simple permet de suivre les modifications que présente, au milieu des liquides bouillans, les corps que l'on étudie; il est vrai que le mouvement des molécules fluides pourrait les dérober à l'observateur, en les entraînant plus ou moins loin du foyer; mais dans ce cas, on a soin de les emprisonner à l'aide de quelques fibrilles de coton; sous ce rapport, je préfère le moyen que je mets habituellement en usage : je dépose la matière et le liquide à examiner sur un verre plein, et je me contente de couvrir le tout d'une lame mince de mica; je chauffe en approchant par dessous un charbon ardent, et j'ai l'avantage de pouvoir employer les acides les plus concentrés, sans craindre les effets du déplacement des molécules liquides, et sans éprouver de perte de lumière.

Les procédés micrométriques et goniométriques de M. Raspail sont à la fois simples et exacts.

L'auteur trace ensuite les règles d'observation dans le détail desquelles nous ne le suivrons pas.

Nous arriverons donc de suite à l'exposé de son système.

Avant de développer sa théorie, M. Raspail examine si les formules

atomistiques peuvent ou non être appliquées aux corps organiques, et il se prononce pour la négative, se fondant sur l'impuissance où l'on se trouve de reproduire *la force vitale*, ou sur l'ignorance où nous sommes de sa nature réelle.

A cet égard, je crois l'opinion de M. Raspail trop exclusive; les formules s'appliquent très bien à la composition de certains corps organiques, et dans le nombre je citerais *le benzoyle* : ce radical si curieux qui, avec un atôme d'oxygène, forme l'acide benzoïque anhydre, avec un atôme d'oxygène et un atôme d'eau, le même acide cristallisé; avec deux atômes d'hydrogène, l'huile d'amandes amères, etc.

Je pense, au contraire, que l'application de ces formules a déjà fourni quelques résultats précieux pour la science et qu'elle en promet de plus féconds encore. D'ailleurs, sans connaître la nature de la force vitale, on a pu reproduire ou du moins transformer les uns en les autres divers composés organiques, tels que l'urée, le sucre, etc.

A la vérité ce ne sont pas là les *molécules organiques* de M. Raspail. Suivant cet auteur, *le type de l'être organisé peut se réduire dans sa plus simple expression, à une vésicule imperforée, douée de la propriété d'élaborer, au profit de son développement indéfini les substances gazeuses et liquides qu'elle attire dans son sein par aspiration, et de rejetter par expiration ceux des élémens décomposés qui ne peuvent servir à l'assimilation.*

En adoptant cette définition, il reste à distinguer les corps *organisés* des corps *organiques;* distinction déjà établie depuis long-temps, et qu'étend encore M. Raspail, car il admet comme élémens organiques des tissus : 1° *Des substances organisées*, c'est-à-dire, les molécules organiques cristallisées en vésicules. 2° *Des substances organisatrices*, qui sont le produit de l'élaboration que la vésicule organique fait subir aux élémens gazeux oxygène, hydrogène et carbone. 3° *Les substances organisantes*, ou élémens destinés à former la vésicule organique. 4° *Substances organiques*, produits naturels ou artificiels de la désorganisation des tissus ou d'une déviation de la combinaison organisatrice, qui n'ont pu être rangés dans aucune des trois autres classes.

C'est surtout aux produits renfermés dans cette section que l'on peut appliquer les formules atomistiques, car un grand nombre d'entre eux sont susceptibles d'affecter une forme géométrique.

La fécule amylacée et le tissu adipeux sont les types de la première classe ; la gomme, le sucre, l'albumine, appartiennent à la 2.e ; à la 3.e, les graisses, les huiles essentielles, la bile, etc. ; à la 4.e enfin, les acides, les alcalis végétaux, l'urée, la gélatine, la cyanure, etc.

C'est par gradations que s'opèrent les diverses transformations organiques; la vésicule est devenue un *centre de vitalité* où vont *s'organiser* successivement de nouvelles quantités de gaz, en vertu de la double fonction dont sont douées ses parois *d'aspiration* et *d'expiration*,

appelées par les physiologistes, *imbibition* et *exsudation*, et plus récemment par M. Dutrochet, *endosmose* et *exosmose*.

Les travaux récens de M. Becquerel, qui a démontré dans les tubes capillaires la production de l'électricité et des phénomènes chimiques qui en sont le résultat, viennent ajouter un nouveau degré de probabilité à l'opinion de M. Raspail, sur le rôle que joue la vésicule organique.

Après cet exposé, M. Raspail entre dans l'examen détaillé de toutes les substances simples ou composées que fournit le règne organique. Il examine la fécule avec un soin tout particulier; il montre qu'elle se compose d'une vésicule transparente, remplie d'un liquide gommeux. Il donne les dimensions des diverses espèces de fécules. J'aurais désiré qu'il indiquât le moyen dont il s'est servi pour avoir des fécules exemptes de tout mélange. On y parvient aisément en laissant macérer assez long-temps les graines qui les renferment; on ne court pas alors de risque de briser les vésicules en les broyant.

En étudiant la fécule, M. Raspail ne paraît pas avoir apperçu ce composé singulier que vient de faire connaître M. Braconnot, et qu'il obtient en coagulant par l'eau la solution nitrique d'amidon; la matière blanche qui se dépose est soluble dans l'acide acétique et le solutum, étendu en couche sur du papier, conserve sa transparence dans l'eau, dans laquelle il refuse de se dissoudre.

Au chapitre des applications de la fécule, M. Raspail conseille de substituer la fécule de pomme de terre à l'arrow-root et au sagou; il serait plus à propos de fournir un moyen facile à mettre en pratique de reconnaître la falsification de ces produits, car la fécule de pomme de terre a très-ordinairement un goût *de verdure* insupportable, ce goût peut même servir à la reconnaître, quand on s'y est un peu exercé.

Il faut lire dans l'auteur même les détails du développement de la feuille, du tronc, etc., nous ne pourrions qu'en donner ici une idée incomplète. Je me contenterai de rappeler que M. Braconnot a obtenu avec le ligneux et l'acide nitrique le même produit qu'avec l'amidon, ce qui vient corroborer l'opinion de M. Raspail sur l'origine de cecorps.

M. Raspail explique la différence des effets des tissus de toile et de ceux de coton sur les plaies, de la manière suivante; les fibrilles des uns et des autres sont des tubes creux; mais ceux de coton sont pleins d'une substance organisatrice, ceux de toile en ont été vidés par le rouissage et le lavage; la charpie de lin ou de chanvre doit donc être plus propre à absorber les humeurs, en vertu de la capillarité; tandis que celle de coton ne peut que s'imbiber du liquide qui passe entre ses fibrilles. J'ai cherché à vérifier cette opinion en plongeant

dans de l'eau colorée des fibrilles de ces divers tissus, aussi isolées que possible; je dois dire que l'expérience n'a pas eu le succès que j'en attendais; je me propose de la varier, en changeant la nature des liquides, afin d'éclaircir complètement cette question, qui est si intéressante pour la médecine.

Le gluten, suivant M. Raspail, n'est qu'un tissu cellulaire susceptible de devenir ligneux dans certains végétaux; et l'azote qu'il donne à l'analyse, il l'emprunte à l'air atmosphérique pendant la malaxation, ainsi qu'on le prouve en le préparant et le laissant se putréfier à l'abri du contact de l'air et en comparant les produits qu'il fournit alors, et qui sont acides, à ceux qu'il donne dans les circonstances opposées, et qui sont ammoniacaux.

Remarquons en passant, que M. Raspail pense que, dans beaucoup de cas, l'azote obtenu dans les analyses provient de la décomposition de sels ammoniacaux existant dans les substances que l'on examine, comme aussi la décomposition de carbonate calcaire ou autres peut fournir une certaine proportion d'acide carbonique.

C'est ainsi que l'auteur s'explique les différences souvent énormes que présentent quelques analyses organiques.

En faisant l'histoire du pollen, il rappelle qu'il a prouvé que les prétendus animalcules polléniques que l'on a comparés aux animalcules spermatiques ne sont que des bulles très-petites d'huile essentielle, ou du gluten précipité de son dissolvant par son mélange avec l'eau.

Dans l'examen de l'albumen de l'œuf, M. Raspail a reconnu deux parties bien distinctes, l'une soluble dans l'eau, l'autre insoluble et perdant sa transparence dans ce liquide; on les distingue à peine, à moins qu'elles ne soient desséchées, car dans ce cas on remarque des bosselures, des globules et des plis anastamosés à la manière des vaisseaux; à l'état liquide, la structure est parfaitement homogène, et la lumière qui le traverse ou qui se reflèchit à sa surface n'éprouve aucune altération dans son intensité qui permette de supposer que ces deux substances sont associées sans ordre; la partie insoluble est un tissu qui renferme dans ses aréoles la portion soluble; c'est, comme aurait pu le faire remarquer M. Raspail, ce qui a lieu dans l'œil pour le corps vitré, formé d'une membrane (*hyaloïde*) retenant dans ses mailles une humeur de même puissance réfringente qu'elle, l'*humeur vitrée*.

Une goutte de l'albumen soluble laisse apercevoir par évaporation spontanée une grande quantité de ramifications d'hydrochlorate d'ammoniaque; ne serait-ce pas là, se demande l'auteur, la source de l'azote que fournit ce corps dans l'analyse élémentaire?

Dans le chapitre consacré au mécanisme de la contraction musculaire, M. Raspail combat avec raison la théorie de MM. Prévost et

Dumas, qui veulent que la fibre se plie en zig-zag et qui attribuent ce plissement à ce que, le courant qui traverse les nerfs allant dans le même sens, ceux-ci tendent à se rapprocher, et par suite aussi à rapprocher les angles au sommet desquels ils se terminent : outre qu'il est impossible de distinguer parfaitement la nature du tissu que l'on observe, quand on poursuit ses nerfs jusqu'à leurs dernières ramifications, et que les mouvemens sinueux observés par les auteurs cités sont artificiels et tiennent à la résistance de points du muscle adhérens à la surface du porte-objet, on peut se convaincre, par l'examen de la contraction musculaire chez quelques animaux inférieurs, que le raccourcissement de la fibre s'opère par son extension en largeur, d'où résultent de petits renflemens sur toute l'étendue de la fibre.

J'ajouterai à ces objections une considération toute physique; quand on fait traverser des fils mobiles par des courans allant dans le même sens, ils s'attirent, et si la chose est possible, ils arrivent au contact, et s'y maintiennent tant que la circulation des courans a lieu : pour assimiler à ces effets les phénomènes de la contraction musculaire, il faudrait que, tant que le courant électrique fourni par une pile en activité circule dans le nerf, la contraction fût permanente, c'est ce qui n'est pas ; elle ne se manifeste qu'au moment où le courant est introduit, puis elle cesse jusqu'à ce que le circuit soit ouvert de nouveau, époque à laquelle elle se reproduit pour ne durer qu'un instant; on ne peut la rendre continue qu'en multipliant les contacts; alors l'effet du premier n'est pas encore dissipé quand le second commence à agir, et ainsi de suite.

Il nous est impossible de suivre l'auteur dans les détails qu'il nous donne sur les divers tissus, leurs usages, leurs fonctions, etc; je m'arrêterai seulement, parmi les substances *organisatrices*, à l'examen du lait.

Le lait est, suivant M. Raspail, un liquide aqueux tenant en solution de l'albumine et de l'huile à la faveur d'un sel alcalin ou d'un alcali pur, et, en suspension, un nombre immense de globules albumineux d'un côté et de globules oléagineux de l'autre. La différence de poids spécifique entre ces deux ordres de globules explique le départ qui s'opère entre la crême et le lait proprement dit. Leur nature rend compte de la coagulation par l'alcohol et par les acides. Mais plusieurs objections peuvent être faites à cette manière de voir. Pourquoi le lait ne se coagule-t-il pas par la chaleur ? Pourquoi le *caséum* coagulé par l'alcohol lavé à l'eau, puis épuisé par l'éther et séché, se gonfle-t-il dans l'ammoniaque à la manière de la gomme adraganthe, pour former avec cet alcali une masse gélatineuse soluble dans l'eau, tandis que l'albumine traitée de la même manière ne présente pas les mêmes propriétés. Enfin, et cette objection, M. Raspail la présente lui-même,

pourquoi le lait, celui de vache du moins, est-il acide, bien loin d'être alcalin comme l'albumine soluble? Et pour y répondre il suppose que le sel alcalin qui sert de menstrue à l'albumine est de l'acétate d'ammoniaque. Mais s'il en était ainsi, le lait récemment trait ne devrait pas être acide, puisque le sel ammoniacal en question ne devient acide qu'en perdant par son exposition à l'air une partie de sa base. D'ailleurs, qui prouve que le sel préexistant dans le lait soit l'acétate d'ammoniaque? — M. Raspail l'admet parce qu'il se refuse à reconnaître l'existence de l'acide lactique; il pense que cet acide n'est que de l'acide acétique mélangé avec la portion la moins phosphatée de l'albumine.

Les chimistes ont été long-temps partagés sur la nature réelle de cet acide; admis et rejetté tour à tour, il vient enfin d'être étudié avec détails par MM. Pelouse et Jules Gay-Lussac; ils en ont décrit les propriétés, en ont séparé par distillation un acide nouveau, cristallisé, et ont formé avec lui et ses diverses bases des composés à proportions définies, etc.

L'article *sang* est traité d'une manière remarquable, et les applications médicales fécondes en résultats précieux pour la science.

Il serait impossible, dans un examen du genre de celui-ci, de rendre compte de tous les faits nouveaux et importans que renferme l'ouvrage de M. Raspail; cette note déjà trop longue ne peut en donner qu'une idée très imparfaite; nous avons répété un grand nombre des expériences citées par l'auteur, et presque toujours nous avons reconnu l'exactitude des faits qu'il avance; si nous ne partageons pas toutes ses opinions, cela peut tenir à ce que le temps nous a manqué pour vérifier tous les résultats qu'il a obtenus, et d'autre part à ce que plusieurs des applications qu'il propose auraient besoin d'être plus développées qu'elles ne le sont, pour pouvoir être discutées; telles sont les opinions émises sur la nutrition, l'élaboration de la pensée, le système de Gall, etc.

Je n'ai pas cru devoir les examiner ici, parce qu'elles s'éloignent trop du sujet même que l'auteur a traité.

En résumé, l'ouvrage de M. Raspail est tellement riche de faits nouveaux et d'applications, qu'on doit le regarder comme la production la plus remarquable qui ait paru depuis long-temps; il ouvre une nouvelle carrière qui ne peut manquer d'être suivie, et qui promet une moisson abondante à ceux qui sauront l'exploiter.

Nota. — Je m'apperçois en relisant cette note, que j'ai omis de relever une erreur consignée à la fin de l'ouvrage de M. Raspail, mais à laquelle il est lui-même étranger. En citant les travaux de M. Biot sur la polarisation, il assigne avec ce savant physicien le nom de *polarisation circulaire* à la propriété reconnue dans certains corps de changer la direction du plan de polarisation; cette dénomination n'est pas applicable ici, dans le sens du moins que lui assignait Fresnel : sui-

vant lui, il y a polarisation circulaire, quand les deux rayons diffèrent l'un de l'autre d'un quart d'ondulation ; dans le cas présent, la polarisation se fait dans un plan, et par conséquent ne mérite pas le nom de circulaire : celui de polarisation *par rotation* que lui avait d'abord assigné M. Biot lui convient beaucoup mieux. Je crois cette note utile pour empêcher la confusion dans le langage scientifique, surtout lorsqu'il s'agit de matières encore peu étudiées et peu connues. GUERARD.

Abrégé pratique des maladies de la peau, d'après les auteurs les plus estimés, et surtout d'après les documens puisés dans les leçons cliniques de M. le docteur BIETT, *médecin de l'hôpital Saint-Louis, par MM.* A. CAZENAVE *et* H. E. SCHEDEL, *docteurs en médecine, anciens internes de l'hôpital Saint-Louis, etc. Paris*, 1833, *in-8.*, *pp.* 580. 2.e *édition, revue et augmentée. Chez Béchet. Prix*, 8 *fr.* 50 *cent.*

C'est chose bien plus rare en médecine qu'en littérature, de voir un ouvrage, quelque goûté qu'il soit, recevoir en moins de cinq ans, les honneurs d'une seconde édition. L'abrégé pratique des maladies de la peau, de MM. Cazenave et Schedel, jouit en ce moment de cet heureux privilége, et personne à coup sûr n'oserait contester qu'il n'en fût digne à tous égards. Quoique l'œuvre de jeunes médecins, il est éminemment pratique, on y reconnait à chaque instant la touche d'un homme expérimenté, et lors même que les auteurs n'auraient pas annoncé au public qu'ils avaient été guidés par un praticien consommé dans la pathologie cutanée, que leur livre était écrit en quelque sorte d'après ses inspirations, que c'était enfin le résumé de la vaste expérience de M. Biett, il eût été facile à un œil exercé de le reconnaître. C'est là, nous n'en doutons pas, l'une des raisons principales qui a valu à cet ouvrage un débit si rapide. Les personnes qui ont suivi, comme nous, la clinique de cet habile professeur, qui se rappellent avec quel talent elles l'avaient vu établir le diagnostic des maladies de la peau, si souvent environnées d'obscurité, et avec quel bonheur il savait triompher de leur tenacité, ont voulu constamment avoir sous les yeux ce *compendium* de sa longue pratique.

MM. Cazenave et Schedel ne se sont pas contentés d'être l'écho des leçons de leur maître, ils ont su puiser avec discernement aux meilleures sources, et quoique intitulé : *Abrégé des maladies de la peau*, leur livre n'en contient pas moins avec détail tout ce qui concerne cette branche intéressante de la pathologie.

La classification de Willan, adoptée depuis longtemps et modifiée par M. Biett, est celle qu'ils ont préférée. Quoique cette méthode ne soit pas un type de perfection, ses avantages sont tellement incontestables, qu'aucune autre ne saurait lui être comparée. C'est d'après leurs formes extérieures et leurs lésions élémentaires, qu'ils ont classé les

maladies, renvoyant à autant de chapitres particuliers celles qui ne pouvaient entrer dans aucun des huit ordres qu'ils avaient établis. Mais comme souvent les altérations primitives ont disparu lorsque le médecin est appelé, ils ont eu soin de noter avec exactitude les modifications secondaires qu'elles peuvent éprouver, et de ne rien laisser échapper qui fût propre à préciser le diagnostic. Cette partie de leur ouvrage est celle qui le distingue le plus des autres écrits sur le même sujet. Le traitement a surtout aussi fixé leur attention, et l'on peut dire qu'il porte, au plus haut degré, le caractère pratique. Naguère encore les maladies de la peau étaient combattues, chez nous, par une médication presque toujours identique (les amers et les sulfureux), sous quelques formes qu'elles se présentassent et quelle que fût leur opiniâtreté; maintenant on tient compte de leur nature diverse, de leur marche, etc. Et aujourd'hui que la thérapeutique s'est enrichie d'une foule d'agens médicamenteux, il en est un assez bon nombre qui, essayés contre elles par M. Biett, l'ont été avec succès, et sont pour l'art une véritable conquête. Les auteurs n'ont rien négligé pour initier leurs lecteurs aux découvertes de cet excellent praticien; ils sont entrés dans les détails les plus minutieux relativement au traitement, lorsqu'il s'est agi surtout de ces préparations énergiques (nous pourrions dire héroïques), qu'un médecin sage ne doit sans doute pas conseiller sans discernement, mais qui sont loin de mériter les reproches que la mauvaise foi ou une timidité mal entendue leur fait adresser quelquefois.

Quant à cette seconde édition, mettant à profit les faits nombreux qui, depuis la première, se sont offerts à leur observation, soit à l'hôpital Saint-Louis, soit dans leur pratique particulière, MM. Cazenave et Schedel ont été conduits à modifier quelques parties de leur ouvrage, et à faire dans beaucoup d'autres, des additions assez importantes: les principales sont relatives à la description de plusieurs variétés nouvelles, et à l'emploi de quelques moyens thérapeutique nouveaux, ou dont les avantages ont été récemment constatés. Enfin, ils ont joint à leur ouvrage des planches qui représentent chaque lésion élémentaire dans une maladie qui lui sert de type, et qui se trouve placée dans la région qu'elle affecte le plus habituellement.

G. Blache.

Médecine navale, ou Nouveaux Élémens d'hygiène, de pathologie et de thérapeutique médico-chirurgicale, à l'usage des officiers de santé de la marine, de l'état et du commerce; par C. Forget, *docteur en médecine de la Faculté de Paris, ancien chirurgien de la marine au port de Rochefort, etc. Paris*, 1832. 2 *vol. in*-8.° *Chez Baillière.*

Le titre du livre que nous allons analyser fait d'abord naître cette question: *existe-t-il des soins d'hygiène, des affections morbides, une*

thérapeutique, spéciaux aux marins ? L'auteur y répond en partie. « La navigation, dit-il (tome I.er, page 346), ne crée point de maladies spéciales ; elle ne fait que rendre plus fréquentes et plus graves les affections communes à toutes les conditions ; le scorbut et le typhus ne sont pas plus des maladies propres aux gens de mer, que l'hépatite et l'érysipèle. » Que doit donc contenir un traité de médecine, à l'usage des officiers de santé de marine ? Des moyens de faire l'application de leurs connaissances hygiéniques et médico-chirurgicales, dans les positions en quelque sorte insolites où les place la navigation, des préceptes pour surmonter les difficultés qui environnent la pratique de l'art au milieu de la gêne et des privations auxquelles on est exposé sur mer. « Nous avons pour but, dit M. Forget (t. II, p. 312), non pas de faire des chirurgiens, mais de communiquer à ceux-ci les notions dont ils ont besoin pour exercer à bord des vaisseaux. »

Le travail de M. Forget est divisé en trois parties : *hygiène, médecine* et *chirurgie navales*. Ces trois parties sont précédées d'un *coup-d'œil historique sur la médecine navale*. Bien que cette introduction nous ait paru aussi agréable qu'instructive, peut-être eût-il été à désirer, vu la specialité et les limites de l'ouvrage, qu'au lieu de rechercher l'origine hypothétique de la structure des premiers vaisseaux, celle de l'invention de la poudre à canon, de la boussole, de l'artillerie, des batteries couvertes, qu'au lieu de faire l'histoire de la marine dans les divers siècles, histoire parfaitement tracée d'ailleurs, l'auteur eût donné une succincte indication des connaissances que doit posséder celui qui aspire au grade de chirurgien de marine, des moyens d'acquérir ces connaissances (ils se trouvent à la fin de l'ouvrage), eût indiqué les réglemens des concours, tracé tous les devoirs des officiers de santé de marine (nous retrouvons dans l'hygiène un chapitre sur ce sujet), toutes les ordonnances qui règlent leur service, la nomenclature et le tarif des remèdes, des appareils, des instrumens à embarquer, de ceux que les progrès de la science permettent d'y ajouter, ou des moyens simples et ingénieux (la cravatte et la planchette suspendue de M. Mayor, par exemple), à l'aide desquels on peut, dans des circonstances difficiles, suppléer aux commodités de nos appareils ; la liste des ouvrages élémentaires indispensables dont doit se munir le chirurgien, etc., etc. ; que M. Forget eût, en un mot, donné, dans le même lieu et dans le même nombre de pages, un abrégé de la législation maritime actuelle et un manuel complet du chirurgien de marine. Il se pourrait au reste que notre observation ne fût qu'une mauvaise chicane, et peut-être ne l'eussions-nous pas faite si nous eussions trouvé davantage à reprendre dans l'utile ouvrage de M. Forget.

Après l'historique de la navigation vient l'*hygiène navale*, et dans cette première partie sont compris 25 chapitres où sont traités les

objets suivans : la *description de la mer*, celle du *navire*, la *formation des équipages*. Ce chapitre, qui comprend les attributions des divers individus, n'est pas superflu, car des habitudes distinctes disposent et donnent lieu à des affections morbides différentes : certes, le *calier* qui vit plongé dans l'atmosphère stagnante et méphitique des profondeurs du navire, n'est pas modifié de la même manière que le *gabier*, qui vit dans les hunes, occupé à l'entretien du grément du vaisseau. Quant aux modifications qui se rattachent au caractère provincial du marin, bien que les portraits aient été bien tracés, elles n'ont pas le même degré d'utilité, car ces dispositions morales ou physiques, attribuées aux habitans d'une province, sont sujettes à trop d'exceptions, et les inductions qu'on pourrait tout au plus tirer de ce caractère national, pour la destination des marins à tel ou tel genre de travail, à telle expédition dans telle ou telle contrée plutôt que dans telle autre, pourraient faire tomber dans de graves erreurs. Continuons notre énumération : portrait du matelot ; portrait de l'officier de marine, rapports du chirurgien avec les matelots ; rapports du chirurgien avec les officiers ; préceptes de conduite donnés aux chirurgiens subalternes ; position déplorable du chirurgien des navires de commerce.

Maintenant viennent des objets, sinon plus immédiatement utiles, au moins plus scientifiques, et traités comme les précédens dans de très-courts chapitres propres à reposer et à reveiller l'attention du lecteur : atmosphère extérieure, conséquences hygiéniques qui découlent de ses divers états ; atmosphère des navires, qui comprend l'appréciation des qualités comparatives de l'air considéré dans les diverses parties du vaisseau : vêtemens, alimens solides et liquides, tabac, exercices et repos, sécrétions et excrétions, portrait du moral des équipages, exposé des récompenses et des peines, acclimatement, exposé des symptômes du mal de mer.

La deuxième partie, intitulée : *Médecine navale*, est la plus longue des trois. Huit articles sont d'abord consacrés à ce que M. Forget appelle *généralités de la médecine navale*. Le premier traite des *causes*. A l'exception de celles du mal de mer, ce sont les causes ordinaires des maladies, sévissant avec plus d'intensité ; le second, de la contagion, de l'infection, de l'épidémie ; le troisième, des symptômes et du diagnostic ; les autres, de la marche, de la durée, des terminaisons, du pronostic, de la nature, du traitement ; le dernier est consacré à l'emploi thérapeutique de l'eau de mer. L'auteur entre ensuite dans la description des maladies dans l'ordre suivant : maladies de l'appareil digestif ; maladies de l'appareil respiratoire, ces deux ordres d'affections semblent se partager presque tout le domaine de la médecine navale. C'est dans les maladies de l'appareil sensitif qui viennent ensuite et commencent le deuxième volume, que nous trouvons la calenture. C'est une affection qui attaque les navigateurs dans les latitudes très-chaudes, pendant les longs calmes, au sein des excessives chaleurs qui règnent dans les entreponts pendant la nuit, et qui consiste en un délire phrénétique accompagné d'hallucinations riantes qui présentent au malade la surface de la mer comme une prairie verdoyante, un séjour enchanté, vers lequel il se précipite lorsqu'on n'y met obstacle. Le chapitre suivant est consacré aux maladies de peau, qui sont traitées avec de grands détails ; puis, sous le titre de *Maladies de siége indéterminé*, se présentent successivement : la fièvre intermittente, le typhus, la fièvre jaune, la peste, le scorbut, la syphilis. On trouve dans ces articles de lumineuses discussions sur les systèmes de l'infection et de la contagion. La partie médicale est ter-

minée par une suite d'articles sur l'empoisonnement, l'asphyxie et sur les maladies pour lesquelles on a prôné la navigation.

La troisième partie, *Chirurgie navale*, comprend sous le titre de *Prolégomènes*, tout ce qu'il y a de plus général en pratique chirurgicale; les opérations à bord des navires, les pansemens, les topiques médicamenteux, la chirurgie élémentaire. Entrant ensuite dans la *chirurgie spéciale*, l'auteur étudie les plaies, les tumeurs, les ulcères, les fistules, les corps étrangers introduits dans les parties; puis les fractures, les luxations, enfin les amputations et résections; il fait un article particulier de la conduite à tenir avant, pendant et après le combat, et termine par quelques mots sur l'hygiène des blessés.

Après la partie chirurgicale, un *appendice*, renfermant plusieurs articles, traite successivement des maladies qui rendent impropres au service de la mer et de celles qu'on peut simuler; des hôpitaux temporaires, c'est-à-dire, du vaisseau-hôpital, des ambulances sur la grève, et du local dont il faut faire choix pour organiser un hôpital à terre; de l'art de dresser les topographies médicales; de celui de dresser les rapports médicaux; de l'enseignement et des études dans les écoles de médecine navale; de la théorie des concours et de l'art d'étudier..

Nous n'avons cru devoir présenter en quelque sorte que l'énumération des principales divisions du travail de M. Forget; car si une partie des objets qu'il renferme sont spéciaux à la marine, une autre partie se trouve nécessairement dans les traités élémentaires d'hygiène, de médecine et de chirurgie. Disons pour terminer, que ce travail est rédigé dans un excellent esprit, que beaucoup d'articles ne sont guère moins utiles qu'originaux, que si quelques-uns fournissent matière à la discussion et peut-être à la critique, le plus grand nombre certainement mérite une citation textuelle; que le tout enfin sera consulté avec fruit. CH. LONDE.

Résumé de médecine-pratique; par H. CHAUFFARD. Paris, 1833; in-8.°, I.re partie, pp. 144.

L'auteur a cherché à systématiser, sous forme aphoristique, les principales ressources de la médecine-pratique, appliquées successivement aux maladies de la tête, de la poitrine, du ventre, puis aux affections qui ne peuvent y prendre place. Le plan et l'exécution de cet ouvrage sont tellement faibles, que nous ne croyons pas devoir en faire un examen détaillé.

Mémoires de médecine-pratique, d'anatomie pathologique et de littérature médicale; par H. CHAUFFARD. Paris, 1833, in-8.°, pp. 471. — Tome I.er

Dans cet ouvrage, plus important que le précédent, l'auteur appuie en général ses opinions médicales sur des faits, et si ses conclusions ne paraissent pas toujours rigoureuses, on en est du moins dédommagé par la lecture de quelques observations intéressantes. Ce livre se compose de onze mémoires qui sont rangés dans l'ordre suivant:

1°. Des avantages de la saignée révulsive dans la plupart des maladies de la tête.

2°. — De l'emploi des diverses sortes de saignées, et surtout des avantages de la saignée générale dans les inflammations du poumon et de ses dépendances.

3°. Du tartre stibié à haute dose dans les pleuro-pneumonies.

4°. De la saignée et des émolliens dans les indigestions.

5°. Observations sur les fâcheux effets d'un traitement stimulant appliqué à des tumeurs articulaires qui semblaient passées à l'état froid ou chronique.

6°. De l'asphyxie par les gaz qui se dégagent dans la combustion du charbon de bois et du charbon de terre.

7°. Des cautères et autres exutoires analogues.

8°. De l'emploi et de l'abus des médicamens stupéfians les plus usités.

9°. Observations sur l'application des ligatures aux membres dans les fièvres intermittentes.

10°. Année 1831. — Constitution médicale et maladies régnantes.

11°. Des maladies vénériennes et de l'utilité du mercure dans ces maladies.

Le premier mémoire a pour but de démontrer la supériorité de la saignée révulsive sur la saignée locale, dans la plupart des maladies de la tête. Il a été imprimé dans les *Archives*, tome 28, pag. 305, et tome 29, p. 326

Le second mémoire a été écrit dans le même esprit que le précédent; dans le très-grand nombre des observations publiées sur le croup, dit l'auteur, l'on n'a recours qu'aux saignées locales, et la terminaison n'en a point été heureuse. Les enfans, auxquels il n'a appliqué que des sangsues au cou, quelque nombreuses qu'elles aient été, ont succombé pour la plupart. S'il en a sauvé quelques-uns, c'est en commençant par des saignées générales. Suivent plusieurs observations qui corroborent cette opinion. Il nous semble toutefois que le docteur Chauffard va trop loin en attribuant aux saignées capillaires la *consomption phthisique d'un grand nombre d'enfans, de vieillards encore verts, et même d'hommes robustes, qui s'éteignent ainsi à la suite de simples catarrhes négligemment traités par ces saignées, quoiqu'ils n'y fussent pas disposés.* Du reste, la grande majorité des observations dont ce mémoire est composé, sont des exemples de pneumonie, de pleurésies et d'hémoptysies, traitées avec succès par la saignée générale. L'auteur sans doute a eu raison de s'appesantir sur l'utilité d'une telle pratique; mais cette pratique n'a rien de nouveau; elle est généralement répandue, au moins à Paris; et si d'autres moyens thérapeutiques ont été préconisés, c'est surtout pour les cas où la saignée semble insuffisante.

Dans le troisième mémoire, l'auteur s'élève trop impérieusement contre l'emploi du tartre stibié dans le traitement de la pneumonie. Les cinq observations qu'il cite ne sont point concluantes : dans l'une d'entre elles, les altérations profondes de presque tous les organes, qu'on trouva à l'autopsie, ne peuvent point être attribuées à l'ingestion de neuf grains d'émétique pris en trois jours; dans deux autres le traitement ne fut commencé que lorsque les malades étaient presque agonisans; enfin dans les deux dernières, avant de recourir à l'émétique on avait déjà échoué avec les émissions sanguines.

Dans son quatrième mémoire, le docteur Chauffard confond évidemment la gastrite aiguë causée par l'indigestion avec l'indigestion elle-même; il est clair que dans cette gastrite, le traitement antiphlogistique est le seul convenable; mais il nous semble également, que dans l'indigestion proprement dite, la première chose à faire, c'est de débarrasser l'estomac des alimens qui le surchargent, si les vomissemens n'ont pas déjà rempli ce but.

Le cinquième mémoire se compose de six observations intéressantes, qu'on lira avec fruit dans les *Archives*, tom. XXX, pag. 311. — Dans le sixième, quelques observations appartiennent à l'auteur, le plus

grand nombre à d'autres médecins notamment à M. Chantourelle. — Le septième est composé presque en entier de faits favorables à l'emploi des cautères dans des cas où la vie parait prochainement menacée par des maladies chroniques, surtout de la poitrine. Ce mémoire est bon à lire, en le dégageant toutefois des explications théoriques qui sont exposées avec tant de confusion qu'on ne peut parvenir à découvrir, si l'auteur professe l'humorisme ou le physiologisme, ou une autre doctrine.—Dans le huitième, le docteur Chauffard s'élève avec raison contre l'abus des médicamens narcotico-âcres. On y lira avec intérêt un cas d'empoisonnement produit par l'extrait de datura-stramonium pris en lavement, et le fait suivant, que sa concision nous permet de reproduire en entier : « La duchesse de Caylus portait au genou gauche une tumeur blanche, présumée de nature rhumatismale. Je passe sous silence les divers traitemens qu'elle eût à subir. L'extrait d'aconit fut en dernier lieu administré par Delpech. Cette dame le poussa, sans lésion de l'appareil cérébro-spinal, jusqu'à une dose effrayante, 160 grains par jour. Elle en avait consommé 4,600 grains, lorsqu'elle fut frappée d'ictère et d'une éruption aphtheuse, qui, commençant sur les bords de la langue, s'étendait très-probablement sur la muqueuse œsophagienne et sur celle de tout le tube digestif. Le pourtour de l'anus, le vagin étaient également couverts de ces ulcérations sensibles, douloureuses, blafardes; abdomen très-météorisé, excessivement douloureux dans toute sa surface, notamment aux régions cœcale et épigastrique; la déglutition des solides ne pouvait s'effectuer; les liquides les plus légers pesaient cruellement sur l'estomac. Du lait d'ânesse, de l'eau de grenouilles, de l'orangeade, des saignées locales, et autres moyens antiphlogistiques, réussirent, conjointement avec la cessation de toute drogue, à dissiper de si graves accidens. Cette méthode si hazardeuse n'amena aucune espèce d'amendement dans la tumeur. — Tempérament lymphatique; peau très-blanche; fonctions organiques peu actives; ventre paresseux; pouls très-lent; grande mobilité nerveuse unie à beaucoup de fermeté d'âme; volonté forte de tout ôser pour guérir, tels étaient les caractères dominans de la situation physique et morale de malade. »

Le neuvième mémoire renferme quelques cas de fièvres intermittentes guéris par la ligature des membres, et quelques autres où ce moyen a complètement échoué. — Le dixième a pour titre : *Constitution médicale de* 1831 ; on y trouve des maladies de toute espèce; chaque saison présente celle qu'elle a habitnde d'offrir en général; de sorte que ce mémoire porterait tout aussi bien cet autre titre : *Recueil des principaux faits observés dans le courant de l'année* 1831. Ce sont pour la plupart de bons matériaux. Nous ne partagerons pas cependant l'opinion de M. Chauffard, relativement à son observation de *splénite aiguë*. Nous ne pouvons voir là un exemple de splénite; il ne faut pas pousser si loin l'amour de la localisation des maladies. — Enfin nous sommes arrivés au dernier mémoire; il est tout entier en faveur du virus vénérien et du traitement des maladies vénériennes par les mercuriaux; il est rempli de faits intéressans.

En résumé, ce volume, très-pauvre sous le rapport des doctrines médicales, renferme cependant un grand nombre de faits, dont quelques-uns offrent de l'intérêt, quoiqu'en général on n'y trouve pas le cachet d'un observateur bien profond.

MÉMOIRES

ET

OBSERVATIONS.

OCTOBRE 1833.

De l'ampliation morbide de l'estomac considérée surtout sous le rapport de ses causes et de son diagnostic; par A. Duplay, *chef de clinique interne à l'hôpital de la Pitié.*

L'estomac, comme tous les organes creux, comme le le cœur, comme la vessie, peut subir une ampliation morbide plus ou moins considérable. Le développement anormal de l'estomac s'accompagne toujours de la rétention plus ou moins complète des substances qui sont sans cesse ingérées dans sa cavité, soit dans des vues de thérapeutique, soit dans la seule vue de la nutrition. Mais de même que l'urine s'accumule dans la vessie et la distend par suite d'un grand nombre d'affections diverses, de même que la rétention d'urine et l'augmentation de volume de la vessie, ne sont que les symptômes de ces diverses affections, de même la rétention des substances introduites dans et l'estomac, l'ampliation morbide du viscère, ne sont que les symptômes d'altérations diverses auxquelles peut-être on n'a pas fait assez d'attention, et que l'on n'a pas cherché à distinguer les unes des autres.

Parmi les lésions qui accompagnent l'ampliation morbide de l'estomac, nous en trouverons un certain nombre qui expliqueront d'une manière toute mécanique la rétention

des matières alimentaires, la distension du viscère et son ampliation anormale. Mais dans d'autres cas la lésion ne sera plus appréciable pour nos sens, le scalpel ne pourra plus la découvrir. A l'autopsie nous trouverons l'estomac énormément développé, mais nous ne pourrons plus trouver la cause qui a présidé à cette singulière ampliation. Or, c'est ce que l'on observe encore relativement à la vessie et à la rétention d'urine. Tantôt c'est un obstacle tout mécanique qui s'oppose à l'évacuation de l'urine, et qui en détermine l'accumulation ; tantôt au contraire c'est une maladie dont les traces ne se retrouvent plus sur le cadavre.

Mais si la rétention d'urine, si le développement de la vessie qui l'accompagne se reconnaissent facilement, il n'en est pas de même de l'ampliation morbide de l'estomac. Facile à reconnaître dans certains cas, elle peut dans d'autres apporter un tel changement dans la disposition des viscères abdominaux, en détruire les rapports à un tel point, que la maladie puisse, sinon tromper, du moins embarrasser fortement même des hommes éclairés.

Nous diviserons donc ce travail en deux parties, et nous étudierons l'ampliation morbide de l'estomac : 1.° quant aux causes qui la déterminent; 2.° quant aux erreurs de diagnostic que cette maladie peut entraîner dans certains cas.

Enfin nous essayerons de tracer la marche de l'ampliation, de bien déterminer les symptômes qui l'accompagnent, et nous essayerons de tracer quelques règles de thérapeutique relativement à cette maladie.

Pour atteindre ce but, j'ai été obligé d'appeler à mon aide les observations éparses dans les auteurs, car je n'ai observé que deux faits de ce genre dans le service de M. Rayer (1). J'ai réuni celles de ces observations qui m'ont

(1) La premiète idée de ce travail appartient à M. Rayer, qui m'a engagé à des recherches sur ce sujet, et dans le service duquel j'ai observé les deux malades. La forme du travail m'appartient donc seule, et je souhaite que ce ne soit pas une trop grande responsabilité.

paru le plus complètes; persuadé que si la science fait des progrès par les nouveaux faits qu'on y introduit chaque jour, elle peut en faire aussi par les anciens, si ces faits publiés à des intervalles éloignés, dispersés dans les auteurs, sont rapprochés et réunis par un lien commun.

1.° *Des diverses lésions qui accompagnent l'ampliation de l'estomac, et qui semblent y donner lieu.* — Le cas le plus fréquent d'ampliation de l'estomac est celui dans lequel l'orifice pylorique est le siège d'une induration squirrheuse ou comprimé par une tumeur qui l'oblitère plus ou moins complètement. Dans ce cas il peut arriver plusieurs choses.

1.° Les alimens ne s'échappant plus que très-lentement de l'estomac, et quelquefois même ne trouvant plus d'issue, s'accumulent dans la cavité du viscère et le distendent, mais l'estomac surchargé se vide en partie par regorgement. Cependant malgré ces vomissemens, qui se montrent à des intervalles plus ou moins éloignés, on rencontre à l'autopsie l'estomac souvent énormément dilaté, mais sans changement d'épaisseur dans ses parois.

2.° D'autres fois cette accumulation des alimens s'accompagne de certaines conditions morbides des parois de l'estomac, telles que leur ramollissement et leur amincissement. Alors il arrive que le viscère distendu outre mesure se perfore après avoir subi le degré de dilatation auquel il pouvait parvenir. J'ai observé un cas de ce genre à l'hôpital Cochin. Une femme y vint avec les symptômes d'une péritonite sur-aiguë, et l'on ne put recueillir sur son état que des renseignemens assez incomplets. Elle mourut le jour même de son entrée à l'hôpital. A l'autopsie on trouva l'estomac très-dilaté, descendant jusque dans le petit bassin, et le pylore presque complètement obstrué par une tumeur squirrheuse. Il existait vers la partie moyenne de la grande courbure une large perforation à bords minces, et irrégulièrement arrondie. Les parois du viscère étaient amincies, et la muqueuse détruite dans une assez grande

étendue aux environs de la perforation. Toute la cavité abdominale, jusqu'à la partie la plus élevée des hypochondres, était remplie d'une quantité énorme d'un liquide d'un gris sale dans lequel nageaient des matières alimentaires parmi lesquelles on distinguait des légumes de différentes espèces, à peine altérés par un commencement de digestion. Cette variété d'alimens, leur quantité énorme, ainsi que celle du liquide, la rupture du viscère coïncidant avec l'oblitération du pylore, tout prouvait que depuis long-temps l'estomac supportait une distension énorme à laquelle ses parois avaient fini par céder.

3.° Enfin il peut se faire que les parois de l'estomac, loin de s'amincir et de se perforer, acquièrent au contraire une épaisseur beaucoup plus considérable, l'hypertrophie portant sur les trois membranes à-la-fois ou sur une seule. Dans un cas publié par M. Reynaud (1), cette hypertrophie était surtout appréciable dans la couche musculaire, qu'il était très-facile d'étudier. Du reste, l'estomac avait 27 pouces, mesuré dans le sens de la grande courbure. Du cardia au pylore il n'avait que six pouces; il en avait sept du cardia à la grande courbure, dans le sens vertical.

Les cas de dilatation de l'estomac avec oblitération plus ou moins complète du pylore, sont, sans contredit, les plus fréquens. Les auteurs et les recueils périodiques en présentent un assez grand nombre; aussi pensons-nous qu'il est inutile d'insister plus long-temps sur ce point. Nous ferons seulement remarquer que l'oblitération plus ou moins complète du pylore ne s'accompagne pas toujours du développement anormal de l'estomac et de la rétention des substances introduites dans sa capacité. Nous chercherons une, à mesure que nous avancerons dans ce travail, quelle peut être la cause qui vient se surajouter à la maladie du pylore, pour

(1) *Journal hebdom.*, 12 juin 1830.

déterminer l'ampliation morbide de l'estomac, dans quelques cas seulement.

Si l'on conçoit facilement que le ventricule s'élargisse lorsque son orifice pylorique est rétréci ou oblitéré, l'on comprend moins facilement l'ampliation du viscère dans les cas de liberté complète de l'orifice pylorique. Cependant cette ampliation s'observe dans des circonstances variables qu'il est bon d'examiner. Ici nous sommes obligés d'appeler à notre aide les observations qui nous ont paru les plus complètes, et que nous avons trouvées éparses dans différens auteurs.

Obs. I.re — Trouble dans les fonctions des voies digestives pendant dix-huit années. Vomissemens fréquens; mort presque subite. Estomac très-ample descendant au-dessous de l'ombilic, de toute la largeur de la main. Amaigrissement des parois de l'estomac. Adhérences intimes avec le foie. Epaississement des parois au niveau de la région pylorique (1). — « Jean-Albert Conrad, dont la santé était dérangée depuis dix-huit ans, avait à peine quitté le lit pendant quelques jours pendant ce temps. Sa maladie avait commencé d'une manière presque insensible; seulement il avait eu tantôt des vomissemens, tantôt de la diarrhée, tantôt quelques symptômes vers la poitrine. Il appela les médecins les plus célèbres, mais aucun d'eux ne put reconnaître la cause de sa maladie, et aucun ne put surtout lui procurer un soulagement durable. On se jetta bientôt dans l'empirisme, mais avec aussi peu de succès. Cet homme succomba enfin le 16 mars 1695, d'une manière presque subite, quoique depuis quelques jours il se sentît plus de force et plus de vigueur qu'à l'ordinaire; et quoique deux heures auparavant il eût mangé avec plaisir

---

(1) *Obs. Johannis Davidis Maucharti de Anatome ex ventriculo vitio imprimis defuncti.* (*Miscellanea Academ. nat. curios.*, dec. III et IV, 1696, p. 142.)

une bouillie faite avec des poumons de veau. Comme je désirais rechercher la cause de cette mort subite et de l'affection qui avait tourmenté pendant si long-temps le malade, je proposai aux héritiers de faire l'ouverture du corps, ce que j'obtins très-difficilement. Je rencontrai les particularités suivantes : »

« Le corps était dans un état de consomption et de maigreur telles, que la jambe avait à peine le volume des cinq doigts réunis. Tout l'intérieur du corps était couvert de pustules éparses. Le ventre et la région précordiale étaient fortement distendus. »

« Après avoir ouvert le ventre à l'aide d'une incision cruciale, les intestins refoulés dans le petit bassin ne vinrent pas s'offrir à nos regards; ils étaient en grande partie cachés par l'estomac, que des gaz et des liquides distendaient énormément. Ce viscère dépassait l'ombilic de toute la largeur de la main. L'épiploon, comme rétracté sur lui-même et appliqué contre la grande courbure de l'estomac, n'offrait pas de graisse, mais présentait de nombreux vaisseaux sanguins. L'intestin grêle était rempli de gaz et de liquides comme l'estomac. Il n'en était pas de même du colon qui offrait un très-petit volume, et qui ne contenait rien dans sa cavité. La rate était peu volumineuse; elle adhérait au diaphragme par sa partie postérieure. Du reste, elle était à l'état normal, quoique plusieurs médecins eussent déclaré que le malade portait une tumeur dans cette région. Lorsque je voulus enlever l'estomac à cause de son volume énorme et de la position incommode dans laquelle se trouvait le cadavre, vu l'étroitesse de la chambre où se faisait l'autopsie, je plaçai au-dessus du diaphragme une ligature sur l'œsophage, et je coupai ce conduit. Toute sa partie supérieure était remplie d'un liquide noir qui répandait une odeur désagréable de vin et d'alimens. Du reste, il était à l'état normal. En séparant ensuite l'estomac du duodénum, je pus voir ce der-

nier rempli de la même matière qui distendait l'œsophage. J'enlevai bientôt l'estomac avec le foie et une partie du diaphragme, et je le plaçai sur une table. Il était si étroitement uni au foie qu'il fut impossible, malgré tout le soin qu'on pût y mettre, de les séparer sans les intéresser l'un et l'autre. L'estomac fut incisé vers son côté gauche; aussitôt il s'échappa un flot de liquide d'une odeur fétide, aussi noir que de l'encre. Je le reçus dans un vase au fond duquel je vis se former une sorte de dépôt. Je décantai le liquide qui surnageait, et j'aperçus au fond du vase du sang noir qui commençait à entrer en putréfaction. En le mêlant ensuite à de l'eau claire, il lui donnait une teinte noire, comme on aurait pu le faire avec de l'encre. C'est sans doute à la suite d'une hémorrhagie nasale qui avait eu lieu deux jours avant la mort, que le liquide sanguinolent était tombé dans la cavité de l'estomac. Nous prîmes par curiosité la mesure du viscère; il contenait environ trois mesures de Wurtemberg. Ses parois étaient tellement amincies, qu'elles avaient à peine l'épaisseur d'une feuille de papier. Sa cavité ne renfermait aucune tumeur, aucune végétation, quoique plusieurs médecins eussent annoncé le contraire. Vers le pylore les parois du viscère étaient épaissies; cependant l'orifice pylorique n'était pas rétréci. Le foie adhérait très-fortement à l'estomac; ces deux organes s'envoyaient réciproquement des prolongemens fibreux, et leurs substances semblaient se confondre. »

Si l'observation de Mauchart est incomplète sous le rapport des symptômes que le malade a présentés pendant la vie, elle offre de l'intérêt quant aux lésions qui accompagnaient le développement de l'estomac. Le viscère était assez grand pour pouvoir contenir trois mesures de Wurtemberg, ce qui fait environ douze livres de liquide, car la mesure de Wurtemberg équivaut à quatre livres d'eau (1), comme

(1) *Visus est aliâ vice lac ebutyratam ad octo mensuras Wurtem-*

le dit Schurig dans un endroit de ses ouvrages. D'un autre côté, les parois du viscère étaient excessivement amincies; elles avaient à peine l'épaisseur d'une feuille de papier, et elles adhéraient intimement au foie. Or, cette ténuité extrême des parois, cet amincissement auquel devait participer la couche musculaire, étaient autant de circonstances propres à favoriser l'accumulation des alimens dans la cavité de l'estomac. Une tunique charnue aussi mince ne pouvait produire des contractions suffisantes pour faire passer les alimens dans le duodénum. De plus, les adhérences du viscère avec le foie, en gênant les contractions péristaltiques de l'organe, contribuaient encore à augmenter l'inertie des parois. L'induration de la région pylorique était encore une circonstance défavorable de laquelle nous allons nous occuper un moment.

Cette induration de la valvule pylorique et de la portion des parois qui l'avoisine, avait fixé l'attention de M. Mérat (1), chargé d'un rapport sur plusieurs cas d'ampliation de l'estomac, accompagnée de squirrhe du pylore. D'après lui, si dans ce cas l'accumulation des alimens a lieu dans l'estomac et s'il s'ensuit une dilatation plus ou moins considérable, c'est que l'ouverture pylorique a perdu son action, et non parce qu'elle se trouve rétrécie. « Ce n'est pas, suivant nous, parce que le pylore est rétréci que cette accumulation a lieu, dit M. Mérat. Nous avons effectivement remarqué que le plus souvent il est plutôt dilaté que fermé, et qu'on y passe le doigt avec facilité, tandis que quand il est sain il est entièrement resserré sur lui-même; ce n'est qu'en forçant que le doigt peut y pénétrer. C'est parce que cette ouverture n'a plus l'action dont la

---

bergicas, quæ libras medicas duas et trigenta faciunt, intrà horæ quadrantem deglutire. (Schurigii chilologia, cap. 1, p. 18.)

(1) *Journal-général de Méd., Chir., Pharm.*, etc., tome LXVIII, page 35.

prive son induration cancéreuse, qu'elle n'agit plus sur les matières de l'estomac, et que leur passage dans les intestins ne peut plus avoir lieu. On sait que les liquides peuvent remonter contre leur propre poids par l'action des parties, comme lorsqu'on boit de bas en haut, comme le prouve encore le passage des matières stercorales dans quelques régions des intestins, du cœcum, par exemple, dans le colon transverse ; la même action est nécessaire pour le passage des liquides et des solides de haut en bas. L'œsophage ne reçoit pas comme un entonnoir ce qu'on y verse ; il conduit, par une action qui lui est propre, les substances dans l'estomac ; aussi regarde-t-on comme un symptôme très-fâcheux, qu'elles y tombent par leur propre poids, phénomène qui arrive dans quelques fièvres graves, et qui dénote une sorte d'inertie paralytique de ce conduit. Le pylore est dans le même cas ; son action est indispensable pour l'entrée des matières alimentaires de l'estomac dans le duodénum, et lorsqu'elle n'a plus lieu elles s'accumulent dans le premier viscère, d'où elles sont rejetées par le vomissement. »

Nous avons cité à dessein ce passage tout au long, afin de ne pas isoler l'opinion que l'auteur développe, des faits d'analogie sur lesquels il base sa manière de voir. Mais cette explication du phénomène d'accumulation des alimens dans l'estomac nous paraît inadmissible. Peut-on comparer le pylore, qui n'est qu'un simple anneau musculaire, une sorte de sphincter, à l'œsophage, au cœcum, qui sont deux canaux garnis d'une couche musculaire susceptible d'une contraction qui porte sur tout l'organe ? L'action du pylore et sa contraction, bien loin de précipiter le passage des alimens dans le duodénum, le retardent au contraire, afin que les alimens puissent séjourner dans l'estomac pendant le temps nécessaire à leur chymification complète. Mais il est une particularité qui accompagne le squirrhe du pylore, à laquelle, il me semble, on n'a pas fait assez d'at-

tion, et qui peut cependant expliquer l'inertie des parois de l'estomac et l'accumulation des alimens dans sa cavité. Dans le squirrhe du pylore il arrive rarement que l'altération soit bornée à la valvule pylorique. Si l'on coupe verticalement et d'un seul trait la tumeur et la portion des parois qui l'avoisine, on voit que ces parties ont subi la même tranformation; le tissu cellulaire sous-muqueux est plus ou moins induré, et cette induration va cesser pour ainsi dire en mourant vers un point des parois plus ou moins éloigné. Elle peut quelquefois occuper un tiers, quelquefois la moitié de l'organe. Qu'arrive-t-il alors? C'est que cette portion de la couche musculaire qui avoisine le pylore est singulièrement gênée dans sa contraction, et nous allons voir de quelle importance est l'intégrité de cette portion de la couche musculaire de l'estomac, pour le passage des alimens dans le duodénum.

Dans une observation d'ampliation considérable de l'estomac, qui appartient à M. Andral, et que nous reproduirons avec tous ses détails dans une autre partie de ce travail, le pylore était assez large pour admettre le doigt indicateur; la surface interne de l'estomac était partout blanche; mais partout la muqueuse était d'une extrême mollesse, elle n'existait plus en deçà du pylore, dans l'étendue de quatre travers de doigt. Là où commençait la solution de continuité, le tissu lamineux avait quatre ou cinq fois son épaisseur naturelle. Les fibres musculaires étaient aussi complètement détruites dans toute cette étendue.

Cette dernière circonstance avait frappé vivement M. Andral; aussi examine-t-il quelle a pu être son influence sur l'accumulation des alimens dans la cavité de l'estomac. « Lorsque l'on examine le pylore sur le cadavre, dit M. Andral, cet orifice est réellement fermé, et il faut vaincre une certaine résistance pour y introduire l'extrémité du petit doigt. Si on l'examine sur un animal vivant, on voit qu'il reste aussi habituellement fermé. Mais pendant

la digestion, et lorsque les alimens chymifiés s'engagent dans le duodénum, un nouveau phénomène se présente. Les fibres musculaires de l'estomac offrent un mouvement de contraction très-manifeste qui, commençant vers le milieu du corps de l'estomac, se prolonge jusqu'à la première courbure du duodénum. Cette contraction change l'état du pylore, surmonte sa résistance toute passive, de telle sorte que la contraction musculaire qui vient d'être décrite est au moins l'une des principales causes, si ce n'est l'unique, qui pousse le chyme dans le duodénum. Il suit delà que si dans la portion pylorique de l'estomac il n'y a plus de fibres charnues, l'une des plus puissantes causes de l'expulsion des alimens n'agit plus, et ceux-ci n'arrivent que très-difficilement dans le duodénum. »

Pour que les matières alimentaires puissent passer de l'estomac dans le duodénum, il faut donc que la portion des fibres musculaires de l'estomac qui avoisine le pylore jouisse de son intégrité, afin d'opérer la dilatation de cet orifice et de vaincre sa résistance. Or, lorsque la partie voisine du pylore sera le siége d'une induration squirrheuse, lorsque la couche musculaire sera environnée d'un tissu cellulaire hypertrophié, pourra-t-elle jouir de sa contractitilité ? ne sera-t-elle pas dans le même cas que si elle avait été détruite ? Voilà sans doute la cause qui, dans les cas où le pylore, quoique squirrheux, conserve ses dimensions naturelles ou bien même en acquiert de plus considérables, détermine l'accumulation des alimens dans le viscère.

Parmi les causes appréciables de la dilatation de l'estomac, avec liberté complète du pylore, la suivante nous est encore fournie par une observation de M. Andral (1).

Obs, II[e] — *Vomissemens fréquens. — Etat naturel de la langue. Constipation opiniâtre. Amaigrissement et dépérissement progressif; mort. Estomac touchant au pubis par sa grande courbure. Ramollissement de la muqueuse au ni-*

(1) *Clinique médic.*, t. II. *Mal. de l'abd.*, observ. VI.

veau du grand cul-de-sac. Amincissement des parois dans leur totalité. Ténuité extrême de la couche musculaire. —Une femme âgée de 23 ans, institutrice, avait toujours joui d'une bonne santé. Par suite de revers de fortune, elle quitte la province pour venir à Paris se livrer à l'enseignement dans un pensionnat. Sa santé ne tarda pas à s'y altérer sensiblement, son appétit diminua, ses digestions devinrent difficiles et vers le mois de juin 1821, après avoir éprouvé une vive frayeur dont une syncope assez prolongée fut le résultat, elle commença à vomir de temps en temps soit des alimens soit des boissons. Elle ne les rejettait ordinairement que plusieurs heures après leur ingestion. Cependant elle maigrissait et s'affaiblissait lentement.

Des sangsues furent appliquées sur l'épigastre; de la magnésie, divers antispasmodiques furent donnés tour à tour. A compter du mois de décembre 1821, les vomissemens devinrent plus fréquenss, les forces diminuèrent rapidement, les règles se supprimèrent; la malade interrompit ses occupations. Entrée à l'hôpital de la Charité le 14 février 1822, elle offrit l'état suivant: dernier degré de marasme, teint décoloré, vomissement des alimens solides ou liquides plus ou moins immédiatement après leur introduction dans l'estomac. Légère douleur à l'épigastre qui est souple et n'offre, non plus que le reste de l'abdomen, aucune tumeur sensible. Aspect de la langue naturel, constipation habituelle, pouls très faible et légèrement fréquent, peau sèche, sans chaleur. Cette malade ne présente jusqu'au commencement du mois de mars aucun nouveau symptôme, les boissons adoucissantes qui lui étaient données étaient toutes rejettées. Le 12 mars le pouls s'accélère, la langue se sèche et la mort survient le 14.

A l'autopsie, l'on rencontra l'estomac très-dilaté. Il recouvrai t laplus grande partie des viscères abdominaux, et ne laissait voir que quelques circonvolutions de l'intestin grêle dans l'un et l'autre flancs; son bord colique touchait

le pubis: c'était surtout le grand cul de sac qui avait subi la plus grande dilatation. La cavité de l'estomac était remplie d'un liquide jaune verdâtre. Sa surface interne présentait une couleur jaune rosée, marbrée dans quelques points. Du côté de la rate elle était plus blanche ; là ausssi, dans une étendue grande comme la paume de la main, la muqueuse très-molle s'enlevait par le grattage; les parois de l'estomac étaient généralement mincès et facilement déchirables. La couche musculeuse était remarquable par sa grande ténuité. Les intestins grêles étaient en grande partie logés dans l'excavation du bassin. Ils étaient rétrécis, semblables à des intestins de chien. Le colon ascendant occupait sa place ordinaire; le colon transverse avait suivi la grande courbure de l'estomac et se trouvait derrière elle.

Dans cette observation de M. Andral, les fibres musculaires dont la contraction doit déterminer le passage des alimens dans le duodénum, ne sont pas environnées d'un tissu cellulaire induré qui en paralyse la contraction, ou bien détruites par une ulcération plus ou moins étendue. La muqueuse seule est détruite au niveau du cul de sac, mais les parois sont excessivement minces dans toute leur étendue et la couche musculeuse est remarquable par son extrême ténuité. Cette dernière circonstance me parait tout-à-fait apte à expliquer le phénomène de distension ; l'on conçoit qu'une couche musculeuse aussi mince ne puisse produire des contractions suffisantes pour pousser dans le duodénum les diverses substances introduites dans l'estomac, il en résulte une accumulation, une véritable rétention des substances qui distendent ce viscère.

Dans les faits qui précèdent, nous trouvons l'explication du phénomène d'ampliation de l'estomac ; adhérences morbides gênant la contraction musculaire, destruction de la fibre musculaire dans le point où sa contraction semble être le plus importante, ou atrophie de la couche

musculeuse dans sa totalité. L'on conçoit très-bien que ces diverses lésions produisent une veritable inertie des parois de l'estomac. Dès lors ne réagissant plus sur les substances qui sont introduites dans la cavité du viscère, elles se laissent distendre outre mesure.

Dans les faits qui vont suivre, nous ne pouvons plus invoquer, pour expliquer la dilatation de l'estomac, les lésions qui l'accompagnaiént dans les faits précédens. Parmi les observations de ce genre que présentent les auteurs, il en est dans lesquelles l'état du pylore et des membranes de l'estomac n'a pas été noté. Devons nous, parce que ces auteurs ont passé sous silence l'état de ces diverses parties, en conclure qu'elles étaient saines? Ce serait montrer une facilité trop grande pour admettre des faits qui doivent donner lieu à des conclusions.

Nous citerons ces observations comme pouvant servir à constater le fait seul de la dilatation de l'estomac; nous nous appésantirons uniquemeni sur ceux qui nous paraissent complets et dignes de fixer notre attention.

Lieutaud rapporte plusieurs cas de dilatation considérable de l'estomac, qui sont pour la plupart reproduits dans l'anatomie de Portal. L'un d'eux, qu'il emprunte à Blancard et qu'il désigne sous le nom *d'Hydrops ventriculi*, trouvera sa place plus loin. Les autres, qu'il emprunte à plusieurs auteurs, sont rapportés, soit à l'article *rentriculus ingens*, soit à l'article *squirrhe* du pylore; nous passerons sous silence tous ces derniers.

Dans une de ces observations, la femme qui en fait le sujet, semble avoir succombé à un étranglement interne; l'estomac fut trouvé si distendu, qu'il avait au moins six fois son volume ordinaire: les intestins étaient extrêmement dilatés? (1).

Dans une autre (2), qu'il rapporte d'après Valsalva:

---

(1) Lieutaud, *Hist. anatom. morborum*, obs. 21.
(2) *Id.*, obs. 22.

« Une femme, dit-il, est prise tout-à-coup, après un repas copieux, de douleurs à l'épigastre ; elle meurt en peu de temps : à l'ouverture du cadavre, l'estomac était distendu d'une manière très remarquable et présentait des traces d'inflammations. »

« Un jeune homme, dit encore Lieutaud, d'une santé très-délicate, éprouve tout à-coup après le repas une difficulté énorme pour respirer et une tuméfaction considérable du ventre; il meurt presque subitement. Le corps est ouvert, l'estomac était d'une grandeur si considérable que non seulement il occupait tout le ventre, mais encore la plus grande partie de la poitrine. Le diaphragme, considérablement distendu, était repoussé par le viscère. Les poumons étaient en partie détruits par la suppuration. Le cœur était petit ; le foie descendait très-bas ; la rate était très-petite, et il n'y avait aucune trace de l'épiploon (1).

Chez une femme qui était hypochondriaque et qui avait éprouvé de la chaleur, de la sécheresse aux mains, de la difficulté à respirer, de l'inappétence et des rapports presque continuels, l'estomac, à l'ouverture du corps, était très-grand et rempli d'un sang noir (2).

Nous n'avons pas besoin de nous appesantir sur des faits aussi incomplets. Quel était l'état du pylore et celui des parois de l'estomac ? La membrane muqueuse était-elle altérée ? La couche musculeuse avait-elle subi quelque changement dans sa texture ou dans sa consistance ? Les parois avaient-elles subi quelque changement dans leur épaisseur ? Toutes ces circonstances sont passées sous silence, et ces omissions importantes donnent à ces faits un intérêt très-secondaire.

Parmi les observations de Lieutand, il en est une cependant beaucoup plus complète que les précédentes. C'est lui-

(1) Lieutaud, *Hist. anatom. morb.*, lib. 1, obs. 23.
(2) *Id.*, lib. 1, obs. 25.

même qui a observé le malade, aussi le fait est-il beaucoup plus détaillé que les autres. Cette observation qu'il rapporte en peu de mots dans son ouvrage, intitulé *Historia anatomica morborum*, est exposée avec tous ses détails dans les Mémoires de l'académie des sciences (1).

Obs. II[e]. — *Sentiment de pesanteur et de tension à l'épigastre. Nausées fréquentes, impossibilité de vomir. Anasarque, ascite. Dilatation considérable de l'estomac; état normal du pylore.* — « Nous reçûmes, dit Lieutaud, à la Charité royale, vers la fin du mois de mars de cette année (1752), un homme de soixante-cinq ans, cachectique depuis long-temps, qui avait alors les jambes fort gorgées et le bas ventre assez tendu, sans aucun signe d'épanchement. La respiration paraissait d'ailleurs assez libre. Le pouls était faible et fébrile; les urines épaisses et bourbeuses se séparaient en petite quantité et le ventre était excessivement paresseux. Au surplus le malade se plaignait d'une pesanteur à l'estomac, accompagnée de quelques douleurs sourdes aux environs de sa région, qui a toujours été plus élevée *que les autres parties du bas ventre.* Il désirait de vomir, mais la nature et l'art même n'avaient pu se prêter à ses desirs : il refusait toute boisson, prenait très peu d'alimens, et ce n'était qu'avec une peine extrême qu'il consentait à recevoir les remèdes qu'on lui présentait, encore avait-on l'attention de les réduire au plus petit volume. Tout ce qu'on a pu faire pendant deux mois pour arrêter les progrès de cette maladie, ou dans la vue d'en prévenir les suites, n'a pas empêché qu'elle ne se soit terminée par une hydropisie universelle avec épanchement dans toutes les cavités. Ce qui s'est manifesté un mois avant la mort par de l'oppression et par une fluctuation manifeste

---

(1) *Relation d'une maladie rare de l'estomac, avec quelques observat. sur le mécanisme du vomissement et l'usage de la rate*; par Lieutaud. (*Mém. de l'Acad. des Sciences*, année 1752, page 223.)

dans le bas-ventre, partie qui a toujours paru le plus affectée, le malade s'étant constamment plaint, comme je l'ai dit, d'une tension douloureuse et d'une pesanteur considérable à l'estomac. Il est survenu encore, quinze jours avant la mort, une douleur très-vive qui occupait la partie latérale gauche du bas ventre au dessus de la crête de l'os des iles. La vue et le tact ont été inutilement employés pour découvrir la cause cachée de cette douleur; elle a résisté à tous les topiques qui ont été employés, et n'a été calmée que par l'assoupissement léthargique qui a terminé la vie du malade. Une circonstance à laquelle on doit s'arrêter est que, dans les derniers temps de sa maladie il ne prenait presque rien, quoique les organes de la déglutition fussent certainement libres, disant, lorsqu'on le pressait à ce sujet, qu'il était rempli et que rien ne passait; on a remarqué pendant sa maladie qu'il n'allait à la selle *que les jours que l'on aiguisait les remèdes avec les hydragogues*, qui opéraient très-faiblement, de même que *le tartre stibié* qu'on avait donné quelquefois dans le but d'exciter le vomissement, sans avoir pu y réussir.

« L'ouverture du cadavre nous a présenté des singularités très-intéressantes : L'incision ordinaire des tégumens et des muscles du bas-ventre nous a découvert dans le côté gauche qui était le siége de la douleur dont j'ai parlé, une poche assez étendue, située entre le grand et le petit oblique, et formée par l'écartement de ces muscles. Elle contenait plus de deux livres de sang grumelé, d'un beau rouge, sans aucune trace de corruption, tel qu'il pourrait être une heure après la saignée. Il ne nous a pas été possible de reconnaître la cause d'une extravasation de cette nature, dont l'époque n'a été marquée par aucun accident qui pût y avoir donné lieu.

« Après l'écoulement des eaux contenues dans la capacité du bas-ventre qui pouvaient aller à deux ou trois pintes, parmi bien des choses communes à presque tous les hydropiques,

l'état de l'estomac et des boyaux a fixé principalement notre attention. Ce viscère était extrêmement étendu et rempli à proportion, quoique le malade, depuis quelques jours, ne prît presque rien. Le canal intestinal était très-resserré, au point que tous les boyaux ensemble formaient un volume qui ne surpassait guère celui de l'estomac. Cette disposition surprenante nous a porté à penser qu'il y avait dans le pylore quelque obstacle qui s'était opposé au passage du liquide contenu dans l'estomac; mais toutes les recherches que nous avons faites à cet égard ont été inutiles, et le canal nous a paru, quoique rétréci, parfaitement libre partout, de même que le pylore qui n'était point sorti de son état naturel. »

Ce fait est remarquable par l'absence de toute lésion capable d'expliquer la dilatation de l'estomac. Le pylore est libre, les parois du viscère ne présentent rien qui explique son ampliation. Le fait suivant, que nous avons observé chez M. Rayer, se rapproche beaucoup de celui observé par Lieutand. Comme le malade mourut le jour même que j'entrai en qualité d'interne dans le service de M. Rayer, je n'ai pu avoir que quelques renseignemens sur les symptômes qu'il avait présentés pendant sa vie.

Obs. IV. — Symptômes d'hypertrophie du cœur, nausées, vomissemens à intervalles assez éloignés, mort, dilatation énorme de l'estomac; état sain du pylore et des membranes de l'estomac. — Le nommé Dumas, âgé de 54 ans, présentait les symptômes d'une hypertrophie du cœur. De plus, il vomissait de temps en temps, et se plaignait de douleurs sourdes dans la région épigastrique; cependant il prenait quelques alimens; l'état de la langue était naturel, malgré la gêne qu'il éprouvait à l'épigastre; aussi la maladie du cœur, qui était déjà fort avancée, avait-elle fixé presque exclusivement l'attention.

Il mourut le 1.er janvier, peu de temps après son entrée à l'hôpital, et le lendemain, à l'autopsie, nous rencontrâmes les altérations suivantes :

Tête. — La dure-mère est saine ; la substance blanche et la substance grise sont consistantes. Les ventricules contiennent une très-petite quantité de sérosité. Le cervelet est parfaitement sain.

Thorax. La cavité droite de la poitrine est le siége d'un épanchement de sérosité assez abondant. La plèvre costale, vers la partie supérieure et vers la partie inférieure de la cavité, est recouverte de fausses membranes. Le poumon du même côté, réduit au tiers de son volume, est fortement refoulé en haut et vers le médiastin. Le lobe supérieur, outre quelques points de mélanose, présente une grande quantité de tubercules miliaires. Un seul de ces tubercules a le volume d'un gros pois, et a déjà subi un commencement de ramollissement. La cavité gauche de la poitrine est saine. Le lobe supérieur du poumon présente une dépression linéaire, quelques points de mélanose, et des tubercules miliaires. Vers sa partie moyenne il existe une très-petite portion de tissu frappé d'hépatisation rouge. Le cœur a un volume énorme ; l'hypertrophie occupe surtout le ventricule gauche. Le larynx, les bronches sont à l'état normal. Le cœur, beaucoup plus volumineux que le poing du sujet, présente une hypertrophie considérable du ventricule gauche. Les parois ont sept lignes d'épaisseur, et la cavité du ventricule est considérablement rétrécie.

Abdomen. — En ouvrant l'abdomen, on n'aperçoit aucune portion de l'intestin grêle. L'estomac, d'une dimension énorme, forme une espèce de poche qui occupe toute la cavité abdominale. Il représente une sorte de croissant dont l'une des cornes est placée dans la portion la plus élevée de l'hypochondre gauche, et dont l'autre remonte dans l'hypochondre droit : il est entièrement déformé. La grosse et la petite tubérosité ne se distinguent plus sur la grande courbure qui descend jusques dans l'hypogastre et derrière la symphyse du pubis. La partie moyenne du bord colique de l'estomac est l'endroit qui semble avoir subi la plus

grande dilatation, et forme la partie la plus déclive de la poche que représente le viscère. Les orifices cardiaque et pylorique, situés bien plus au-dessus du fond du viscère qu'ils ne le sont ordinairement, sont rapprochés l'un de l'autre et se trouvent au même niveau. L'intestin grêle est refoulé en arrière et dans le petit bassin par le volume énorme de l'estomac. A droite et à gauche on aperçoit dans la région des flancs une petite portion du colon ascendant et de l'S iliaque du colon. Quant au colon transverse, il a suivi l'estomac dans son développement. Au lieu de circonscrire en haut de l'abdomen la partie supérieure du paquet intestinal, il forme à la partie la plus déclive de l'hypogastre une espèce de fer à cheval dont la concavité est tournée en haut. Le grand épiploon, moins étendu que dans l'état normal, est replié sur lui-même.

L'estomac, séparé des parties voisines, est mesuré avec soin. La grande courbure, depuis l'orifice cardiaque jusqu'à l'orifice pylorique, a trente pouces de long. La petite courbure, qui en a cinq, présente une incurvation très-marquée, ce qui permet aux deux orifices d'être fort rapprochés l'un de l'autre. De la partie moyenne de la petite courbure à la partie moyenne de la grande, la face antérieure, mesurée verticalement, offre sept pouces de hauteur. L'estomac renferme environ une pinte d'un liquide verdâtre. La muqueuse présente çà et là quelques marbrures d'un rouge livide, mais sans aucune trace de ramollissement. Les orifices cardiaque et pylorique sont parfaitement sains. Ce dernier conserve ses dimensions et sa conformation naturelles. L'estomac est insufflé par curiosité, et il acquiert, après des efforts réitérés, des dimensions vraiment extraordinaires.

Outre l'état d'intégrité et de liberté complète de l'orifice pylorique, outre l'état normal des parois du viscère, nous ferons remarquer cette disposition particulière des deux orifices de l'estomac, qui sont très-rapprochés l'un de

l'autre, et qui se trouvent au même niveau. Dans l'état ordinaire, l'orifice pylorique est moins élevé que l'orifice cardiaque; l'estomac est légèrement incliné de haut en bas et de gauche à droite, et les substances introduites dans le viscère trouvent une sorte de plan incliné qui les fait descendre de l'orifice cardiaque vers l'orifice pylorique. Ici cette sorte de plan incliné n'existe plus; le fond de l'estomac semble avoir été tiré fortement en bas, et les deux extrémités de la courbure qu'il représente avoir été fortement rapprochées l'une de l'autre. Cette disposition nous paraît propre à favoriser continuellement l'accumulation des substances introduites dans l'estomac. C'est une cause sans cesse renaissante qui vient se joindre aux causes qui ont d'abord produit l'extension morbide des parois. Il faudrait en effet une contraction bien énergique du viscère pour que son fond pût, en se soulevant et se rapprochant de ses deux orifices, faire arriver à leur niveau les substances qu'il renferme, et les pousser hors de sa cavité. Aussi, lorsque cette disposition existe, l'estomac se laisse-t-il distendre énormément; les substances qu'il reçoit s'accumulent dans son intérieur, et ne s'échappent plus que lorsque leur niveau s'élève à la hauteur des orifices. C'est alors que l'on voit survenir des vomissemens ou des évacuations alvines semblables au débordement d'un vase que l'on a trop rempli.

Il peut donc exister des cas dans lesquels, sans oblitération du pylore, sans destruction ou atrophie de la couche musculeuse, l'estomac subisse une ampliation aussi considérable que dans les cas où ces altérations existent. Mais quelle est cette lésion particulière de l'estomac qui nous échappe, et que l'anatomiste ne peut pas démontrer sur le cadavre? Ne peut-elle pas résider dans l'appareil nerveux du viscère? Ne peut-il pas exister une véritable paralysie des parois de l'estomac, analogue à celle qui frappe la vessie chez les vieillards? Cette opinion, qu'un examen

attentif des faits et que le raisonnement semblent confirmer, était aussi celle de Lieutaud : « Ne puis-je pas assurer, disait-il en parlant du fait que nous avons rapporté un peu plus haut, que la perte de mouvement et peut-être même de sensation de l'estomac, maladie très semblable à celle qui arrive quelquefois à la vessie dans un âge avancé, a été la source de ce désordre ? »

Ce qui portait Lieutaud à adopter cette opinion, c'est que son malade n'avait pas vomi pendant tout le cours de son affection. Or comme, suivant lui, l'estomac était l'agent actif du vomissement, il concluait de là que le viscère était paralysé, puisque le vomissement n'avait pas eu lieu.

Dans un mémoire sur les fonctions de l'épiploon, Chaussier explique de la même manière ces ampliations morbides de l'estomac, qu'il étudie dans leurs rapports avec les dimensions de l'épiploon. « Cette ampliation morbifique, dit-il, dépend le plus ordinairement d'un engorgement au pylore qui arrête les alimens et en nécessite l'accumulation ; d'autres fois elle dépend d'une inertie totale, d'un relâchement plus ou moins prompt des parois de ce viscère. On pourrait, ajoute en note le même auteur, comparer cette affection morbifique de l'estomac au relâchement du scrotum de certains sujets, et il me semble que l'on pourrait, avec juste raison, désigner cette affection sous le nom de *racosis de l'estomac.* »

Il est impossible d'expliquer l'ampliation de l'estomac dans ces derniers cas, sans admettre une véritable paralysie des parois du viscère. Du reste, à mesure que nous avancerons dans ce travail, nous verrons des cas de ce genre observés et reconnus sur le vivant, que l'on peut considérer comme de véritables paralysies du viscère. Il y a encore ici une analogie frappante entre la rétention des substances introduites dans l'estomac et la rétention d'urine qui reconnaît souvent pour cause une véritable paralysie de la vessie.

Cette sorte de relâchement et de paralysie des parois de l'estomac se développe sous l'influence de diverses circonstances que nous allons examiner.

Nous placerons comme une des causes les plus fréquentes, l'habitude de surcharger l'estomac outre mesure.

La plupart des polyphages dont nous connaissons les histoires et dont on a fait l'autopsie, présentaient une dilatation considérable de l'estomac. Chez ce forçat de Brest, dans le ventricule duquel on trouva un nombre énorme de corps étrangers, des fragmens de verre, des morceaux de bois, de fer et d'étain, un couteau avec sa lame, etc., l'estomac très-ample descendait jusque dans le petit bassin. Tarare, dont M. Percy nous a transmis la singulière histoire, présenta, lorsqu'on en fit l'autopsie, un estomac énorme qui couvrait presque tout l'abdomen. Chez un polyphage âgé de vingt ans, qui succomba à un coup de pied de cheval, l'estomac contenait plus d'un seau d'alimens et semblait composer à lui seul tout le bas-ventre. On l'eût pris plutôt, dit M. Percy, pour l'estomac d'un cheval que pour celui d'un homme. On montrait autrefois à Strasbourg, dit le même auteur, l'estomac d'un hussard hongrois qui, de son vivant, pouvait boire dans une heure jusqu'à soixante litres de vin. Cet estomac était remarquable par son excessive ampleur.

Mais pour que l'ampliation de l'estomac ait lieu, il n'est pas besoin que les individus poussent la voracité aussi loin, qu'ils surchargent leur estomac de corps étrangers de forme et de nature variables, comme les polyphages dont nous venons de rappeler les histoires.

L'habitude d'introduire dans l'estomac une trop grande quantité de boissons ou d'alimens, produit à la longue une ampliation souvent énorme du viscère. Laissons parler à ce sujet MM. Percy et Laurent qui signalent ce fait dans un article sur l'ingurgitation (1). « Lorsqu'elle est habituelle,

(1) *Journ. complém. des Sciences méd.* T. I.er

disent ces deux auteurs, l'ingurgitation tend à distendre l'estomac et à lui donner jusqu'à dix fois plus d'ampleur. Nous en avons conservé un qui tenait jusqu'à dix-huit pots de liquide. L'individu auquel il appartenait était un dragon grand mangeur qu'on avait passé par les armes pour cause de désertion. Avant d'aller à la mort, il lui avait été fourni de quoi manger et boire jusqu'à satiété; et à l'ouverture de son corps, encore chaud, nous trouvâmes que son immense gaster avait, pour ainsi dire, envahi tout l'abdomen.

Suivant les mêmes auteurs, les peuples qui vivent d'alimens grossiers et peu nourrissans sont obligés de manger beaucoup. Ils se mettent journellement en état d'ingurgitation, et leur estomac se distend outre-mesure.

M. Portal (1) avait aussi remarqué cette ampliation de l'estomac chez les grands mangeurs. M. le duc de Chaulnes, dit-il, qui passait pour un des grands mangeurs de Paris, eut une jaunisse contre laquelle je prescrivis avec MM. Sénac, Vernage et Bordeu, des remèdes qui nous parurent indiqués. Cependant la maladie changea de face; il survint une toux opiniâtre, des sueurs nocturnes, et le malade périt. J'assistai à l'ouverture de son corps qui fut faite en 1772, par mon frère André Portal, docteur en médecine, mort à la fleur de son âge. Nous trouvâmes le poumon atteint de suppuration, et l'estomac d'une si énorme capacité, qu'il eût pu contenir huit pintes de liquide.

Des recherches plus nombreuses sur ce point multiplieraient sans doute les exemples de ce genre, mais parmi les faits de cette espèce que nous avons pu rassembler, il en est deux qui ont été publiés par le docteur Pezerat, de Charolles (2), et qui nous paraissent fort remarquables. L'un d'eux trouvera sa place un peu plus loin; l'autre doit

---

(1) *Anatomie médicale.*

(2) *Observ. d'ampliation morbide de l'estomac*; par M. Pezerat, de Charolles. *Journal complémentaire des Sciences méd.*, tom. XXXV, p. 162.

trouver la sienne à la suite des remarques que nous venons de faire.

Obs. V.ᵉ — *Etat de langueur et de faiblesse qui va toujours croissant. Développement considérable du ventre. Ampliation morbide de l'estomac due à la voracité du sujet. Guérison par suite d'abstinence.* — Une domestique âgée de 30 ans, courte, à formes matérielles, à flaccidité remarquable des tissus, à facultés intellectuelles très-bornées, fut admise à l'hôpital de notre ville en 1820. Elle se trouvait dans un état de langueur et de faiblesse qui s'était accru lentement, et qui la mettait dans l'impossibilité de continuer son service. Son ventre égalait en volume celui d'une femme parvenue au dernier terme de la grossesse; mais sa forme n'était pas celle qu'il affecte vers la fin de la gestation. Il présentait plus d'uniformité, était plus gros à sa partie supérieure qu'à l'inférieure. Le toucher n'y faisait pas reconnaître de tumeur circonscrite à point de départ hypogastrique, que l'on pût regarder comme le globe utérin. Les deux tiers supérieurs se trouvaient occupés par une tumeur ovoïde faiblement rénitente, offrant une fluctuation profonde, obscure, et donnant aux mains qui l'exploraient la sensation d'un liquide épais. Cette tumeur paraissait partir de l'hypochondre gauche et de l'épigastre. La fluctuation n'était pas sensible vers l'hypochondre droit où le corps anormal, partout difficile à suivre dans sa circonscription, ne paraissait pas s'étendre. La langue était blanche à sa surface, un peu sèche à son centre, faiblement rouge à sa pointe et à ses bords. La malade mangeait plus que les convalescentes de sa salle, et se plaignait toutefois de manquer d'appétit. Ses maîtres m'apprirent en effet qu'elle consommait beaucoup moins de nourriture qu'elle n'avait coutume de le faire; que dans son état habituel de santé elle ingérait chaque jour plus d'alimens qu'il n'en faudrait pour sustenter habituellement deux ou trois manœuvres, et qu'elle ne mesurait leur quantité que sur ceux qui se trouvaient à sa disposition.

Ces renseignemens confirmèrent M. Pézerat dans ses conjectures sur la tumeur abdominale que portait la malade; dès-lors il la regarda comme formée par l'estomac énormément distendu par l'accumulation d'alimens et de liquides épais. Il se borna à prescrire des boissons amères et la demi-portion. Françoise eut beaucoup de peine à se soumettre à ce régime, qu'elle considérait comme une diète excessivement sévère. Dans l'espace de quinze jours l'intumescence du ventre disparut, et avec elle la tumeur qui semblait occuper la région épigastrique, ainsi que le liquide fluctuant qui la distendait. La malade retrouva sa santé habituelle. Elle a suivi en partie l'avis qui lui fut donné de se livrer moins à sa gloutonnerie. Elle n'a eu depuis que de faibles et rares récidives de son ampliation gastrique, pour laquelle elle fut encore admise à l'hôpital. Les moyens simples mis en usage la première fois réussirent complètement.

Pour le moment nous ne nous appesantirons pas sur les signes à l'aide desquels M. Pezerat soupçonna l'existence d'une ampliation morbide de l'estomac ni sur ceux qui lui servirent à distinguer cette maladie, de la grossesse avec laquelle on aurait pu la confondre, d'après un examen peu attentif. Ces points importans seront examinés avec soin plus tard, et mis en relief, pour ainsi dire, par des erreurs grossières qui ont été plusieurs fois commises. Nous ferons seulement remarquer que les habitudes de voracité de la malade une fois connues, le diagnostic fut bientôt établi, et que si des questions avaient été adressées à la malade sur ce point, les idées sur la lésion qu'elle portait auraient été beaucoup plutôt arrêtées. Les moyens mis en usage nous paraissent aussi dignes de remarque, quoiqu'ils se présentent naturellement à l'esprit; la cessation des habitudes vicieuses qui avaient donné lieu à la lésion, devait amener graduellement le retour du viscère à son état normal. On sait d'ailleurs qu'un des effets de l'abstinence pro-

longée, c'est le resserrement de l'estomac et la diminution de sa capacité. Quant aux boissons amères qui furent mises en usage, elles devaient tendre encore à favoriser ce resserrement, en excitant légèrement le viscère, en réveillant la sensibilité de ses parois, et en leur rendant la force contractile qu'elles avaient perdue.

Maintenant que nous avons vu l'estomac perdre peu-à-peu sa force contractile par l'abus des substances alimentaires, et se laisser distendre de la même manière que la vessie lorsqu'elle contient une trop grande quantité d'uriné, il nous reste à examiner un mode d'amplifiation de l'estomac, que les auteurs ont désigné sous le nom d'*hydrops ventriculi*, hydrogastrie, hydropisie de l'estomac.

M. Itard, auteur de l'article *hydropisie*, dans le grand *Dictionnaire des Sciences médicales* (1), consacre quelques lignes à l'hydropisie de l'estomac, dans le paragraphe des hydropisies des cavités muqueuses. Il semble n'admettre que difficilement la possibilité d'une accumulation de liquide dans ce viscère. « Cependant, ajoute-t-il, quelques observations prouvent que cette accumulation peut avoir lieu; tantôt épanchée dans la cavité de l'estomac, tantôt, ce qui est moins rare, renfermée dans un kyste. »

M. Andral, après avoir parlé d'une augmentation dans la sécrétion intestinale et d'une dilatation considérable de l'intestin grêle, aborde de la manière suivante la question relative à l'hydropisie de l'estomac. « On a anciennement décrit sous le nom d'hydropisie de l'estomac, une lésion qui me semble avoir des rapports avec celle que je viens de signaler pour l'intestin grêle. L'estomac était aussi rempli d'un liquide séreux. Ses dimensions avaient considérablement augmenté. Il occupait la plus grande partie de la cavité abdominale, et en même temps ses parois étaient excessivement amincies. »

---

(1) *Dictionnaire des Sciences méd.*, tome XXII, page 424.

M. Andral rapporte qu'il a eu occasion d'observer un de ces cas d'hydropisie de l'estomac. « Ce viscère, ajoute-t-il, par sa grande courbure touchait presque au pubis. Ses parois très-minces laissaient voir à travers leur tissu transparent le liquide qui en remplissait l'énorme cavité, bien différent d'un autre estomac très-dilaté que nous avons observé, et dans lequel le pylore était malade ; cet estomac ne présentait que cette remarquable augmentation. »

Comme ces deux observateurs recommandables, nous admettons bien que l'estomac puisse se laisser distendre par une quantité énorme de liquide, mais doit-on donner le nom d'hydropisie de l'estomac à cette accumulation de liquide? c'est ce que nous examinerons bientôt.

Un point incontestable, c'est l'extrême rareté de cette affection. S'il est commun de voir une accumulation de liquide dans l'estomac lorsque le pylore est oblitéré, il est très-rare de rencontrer des estomacs avec les deux orifices ouverts et renfermant un liquide abondant provenant d'une exagération dans la sécrétion muqueuse. Or, d'après le passage que nous venons de citer, M. Andral semble réserver à ce seul cas le nom d'hydropisie de l'estomac.

M. Itard, qui s'est livré à des recherches nombreuses sur ce point, ne connait que deux cas d'hydropisie de l'estomac, l'un qui appartient à Rhodius, l'autre qui a été observé par Jodon et communiqué à Rivière. Le premier, dit-il, n'existe dans aucun des ouvrages de Rhodius que renferment nos bibliothèques. J'ai fait moi-même quelques tentatives pour retrouver cette observation, et dans un passage de Rhodius j'ai lu ce peu de mots qui semblent se rapporter à la maladie qui nous occupe : « *Adrianus Spigelus, anno 1623, postremis decembris, in theatro anatomico adfirmavit se ventriculum vidisse humanum tredecim librarum capacem.* » Est-ce d'après ce peu de mots que l'on a cité Rhodius comme ayant rapporté un cas d'hydropisie de l'estomac? ou bien un autre fait observé par lui

a-t-il été consigné plus au long dans un autre ouvrage? nous l'ignorons. Dans tous les cas, s'il n'avait parlé d'hydrogastrie que dans ce seul passage, on voit que le fait ne lui appartiendrait pas et qu'il aurait été observé par Adrien Spigel.

Quant au fait observé par Jodon et rapporté par Rivière, il a été reproduit par la plupart des auteurs qui ont écrit après lui. Nous allons le donner en détail, car il est intéressant sous plus d'un rapport.

Obs. VIe. — Augmentation progressive du ventre attribuée d'abord à une grossesse, puis à une hydropisie ascite après le terme de la gestation: mort, estomac énorme contenant près de 90 livres de liquide, hydatides à la surface interne de l'estomac et s'étendant jusques dans le pylore. — L'an 1620, la femme d'un habitant d'Auxerre, Jeanne Delier, âgée de 48 ans, d'une grande stature, voyant son ventre augmenter peu à peu, crut qu'elle était enceinte. Cependant la durée de la gestation étant dépassée, elle consulta un médecin qui la déclara affectée d'hydropisie; en vain employa-t-on des remèdes de toute espèce, le volume du ventre augmenta toujours. Au bout de trois mois, il était devenu tel que la malade, qui n'avait pas cessé pendant tout ce temps de vaquer à ses affaires ne pouvait plus supporter un pareil fardeau. Bientôt il survint une fièvre continue, une grande difficulté à respirer et une soif inextinguible. Enfin, au bout de sept jours la malade mourut. Lorsqu'on voulut l'ensevelir, il fut impossible de faire entrer le corps dans le cercueil, à cause du volume énorme du ventre. D'après les instances des parens nous fîmes une ouverture à l'abdomen, aussitôt il s'échappa un flot énorme de sérosité, dont la quantité put être évaluée à 90 livres. Vers la fin, le liquide était trouble et brunâtre; il semblait former une espèce de lie qui s'était séparée de la matière de l'épanchement. Un tampon de charpie fut placé entre les lèvres de l'incision qui avait donné

issue au liquide. Alors nous procédames d'une manière plus méthodique à l'ouverture du ventre; mais lorsque nous voulûmes inciser le péritoine, cette membrane, qui conservait ses rapports avec les organes environnans, adhérait à la face antérieure de l'estomac d'une manière si intime qu'on ne pût l'en séparer que par des efforts assez violens et à l'aide du bistouri. Bientôt nous vîmes que la charpie placée dans la plaie pénétrait dans la cavité de l'estomac. Mais avant d'ouvrir ce viscère, nous examinâmes sa grandeur extraordinaire; quant à ses deux orifices cardiaque et pylorique, ils étaient à peu près situés au même niveau et se touchaient presque. L'épiploon occupait la partie inférieure du ventre: quant au foie, il était sain, mais l'estomac dans sa distension l'avait fortement repoussé en haut. Le cœur à travers le diaphrame s'appuyait fortement sur lui; aussi avait-il laissé sur la face convexe du viscère, comme sur de la cire molle, l'impression de sa forme conique: ce qui expliquait la difficulté que la malade avait eu à respirer. Les autres viscères, la rate, les reins, les intestins, le mésentère, la vésicule biliaire, la vessie et l'utérus étaient sains et n'avaient point été altérés. Après avoir noté ces particularités et avoir détaché cet estomac énorme avec l'œsophage et le duodénum; on le fendit par la moitié et il présenta plus d'une aune de largeur. Vers la partie la plus déclive, il y avait une grande quantité de sérosité qui était le reste de l'épanchement séreux déjà mentionné. Les fibres qui revêtent la membrane interne étaient largement écartées les unes des autres. Les deux orifices n'offraient aucune altération; seulement, on voyait au milieu du pylore une vésicule de la longueur du doigt médius, un peu plus volumineuse que le pouce, remplie d'un liquide transparent, et qui s'avançait dans le duodénum. La face interne de l'estomac était parsemée d'un grand nombre d'hydatides dont les unes étaient entières et les autres ouvertes. Aucune de ces particularités, si je ne me

trompe, n'a encore été observée jusqu'à présent. Du moins jamais je n'ai lu rien de semblable et jamais pareil fait ne m'a été rapporté. »

Tel est le fait que la plupart des auteurs considèrent comme un cas d'hydropisie de l'estomac. C'est sous le titre *d'hydrops ventriculi* que Jodon la fit connaître et que Rivière (1) l'a publiée dans ses ouvrages; c'est sous le même titre *d'hydrops ventriculi* que la reproduisent Blancard (2), Bonnet (3) et Lieutaud. (4) Ce dernier la rapporte d'après Blancard qui n'indique pas à quelle source il a puisé ce fait et qui le raccourcit de manière à le rendre presque méconnaissable. Mais ce qui est plus remarquable, c'est que Bonnet, qui rapporte mot à mot dans un endroit de son *Sepulchretum*, l'observation de Rivière, rapporte quelques pages plus loin, comme une seconde observation du même genre; l'observation de Blancard, qui n'est que l'observation de Rivière tronquée et plus ou moins défigurée. La lecture de cette observation peut facilement en convaincre (5). En-

---

(1) *Lazari Riverii, Op. univ. med. obs. comm. ant. Jodon.*

(2) *Fr. Steph. Blancardi, Op. med. theoret. pract. et chir.*, cap. VII, p. 138.

(3) *Sepulchretum, hydr. ventriculi.*

(4) *Historia anat. morb. lib. prim.*, obs. XX.

(5) *Mulieris se gravidam putantis abdomen sensim intumuit. Gestationis tempore elapso, hydrope laborare judicata est. Per triennium venter ita intumuit, ut oneri ferendo via sufficeret. Tandem febri continuâ, dyspnϾâ, siti immani et inquietudine emaciata animam reddidit. In vivis multo potu frigido et fructibus crudis usa fuit.*

Continebat abdomen lymphæ nonaginta libras. Peritonæum parti anticæ ventriculi tam firmiter adhærebat, ut nonnisi cultello separari potuerit, adeò ut vulnus per quod lympha educta fuerat in ipsum ventriculum penetraret. Ambo ventriculi orificia eumdem situm ferè obtinebant sequè invicem tangebant. Jecur è loco valdè elevatum, ventriculus per medium dissectus, ulnam mercatoriam vulgarem superabat, fibris quæ membranam interiorem continebant à sè invicem latè dissectis. Cystis aquosa de pyloro medio pendebat, interior ventriculi membrana hydatidibus scatebat.

fin, c'est ce même fait reproduit par une foule d'auteurs, que M. Itard a reproduit à l'article Hydropisie de l'estomac; aussi dit-il que ce fait est le seul dans la science.

Avant d'aller plus loin, examinons s'il est possible d'admettre une hydropisie de l'estomac, et si, pour en reconnaître l'existence, on n'a pas forcé l'analogie qui peut exister avec les hydropisies des autres cavités muqueuses.

La première condition de l'hydropisie d'une cavité muqueuse, est l'occlusion de l'ouverture par laquelle cette cavité verse à l'extérieur le liquide qui est habituellement sécrété dans son intérieur. Sans cette première condition, la sécrétion aurait beau être augmentée, le liquide s'écoulerait plus abondant, mais ne formerait pas une collection capable de porter le nom d'hydropisie. Supposez dans *l'utérus*, ou dans le *sinus maxillaire*, une augmentation dans la sécrétion muqueuse, sans oblitération de l'orifice par lequel ces deux cavités communiquent avec l'extérieur, il n'en résultera qu'un flux muqueux abondant; mais qu'une cause quelconque vienne à oblitérer cette voie ouverte au liquide, il s'accumule, forme une collection aqueuse qui s'accroît, distend la cavité, et forme une véritable hydropisie.

Mais dans tous ces cas, le liquide ainsi ramassé est homogène; il est uniquement le produit de la sécrétion muqueuse: aucun liquide étranger n'arrive du dehors pour s'y mêler et pour en augmenter la masse.

Voyons si l'estomac remplit toutes ces conditions. Il est, comme toutes les autres cavités muqueuses, le siége d'une sécrétion qui peut être morbifiquement augmentée. Il peut être le siége de tumeurs hydatiques dont la rupture peut verser dans sa cavité, après lui avoir fait subir un certain développement, une quantité plus ou moins considérable de liquide. Mais deux orifices peuvent donner passage à la collection aqueuse renfermée dans la cavité du viscère, l'un qui le verse dans les portions subséquentes du

canal intestinal, l'autre qui peut le verser à l'extérieur par un mécanisme particulier, par une combinaison d'actions musculaires qui peut faire suivre au liquide une marche ascendante.

Supposons maintenant que l'orifice par lequel le liquide s'échappe habituellement en suivant la voie des intestins vienne à s'oblitérer; l'estomac rentre-t-il dans les conditions des autres cavités muqueuses? non sans doute, puisqu'une autre voie peut encore donner passage à la collection aqueuse aussi, lorsque l'estomac devient ainsi le siége d'une collection de liquide et lorsque la voie ordinaire à sa sortie se trouve oblitérée, voit-on habituellement survenir à des intervalles plus ou moins éloignés des vomissemens qui dépendent d'un véritable regorgement du liquide. Pour que l'analogie avec l'hydropisie des autres cavités muqueuses fût complète, il faudrait donc que cette seconde voie fût fermée aux substances accumulées dans le viscère. Or, c'est ce qui n'arrive jamais, en prenant la chose à la lettre. Seulement dans quelques cas très-rares, le mécanisme par lequel les liquides et les autres matières contenues dans l'estomac, peuvent remonter contre leur propre poids, cesse complètement, et dès lors l'orifice supérieur de l'estomac devient inutile, et peut jusqu'à un certain point être considéré comme frappé d'oblitération. Mais ce cas est fort rare, et le malade de Lieutaud en offre un exemple remarquable.

Mais supposons que l'orifice pylorique soit fermé, et que de l'autre côté l'orifice œsophagien devienne inutile par l'impossibilité du vomissement; les fonctions de l'estomac apportent une différence essentielle, fondamentale, qui renverse toute analogie avec les hydropisies des autres cavités muqueuses. C'est à l'estomac que l'on confie les boissons, les alimens sous forme liquide ou solide. Or ces matières se mêlant au produit de l'exhalation muqueuse, viennent sans cesse augmenter la quantité du liquide conte-

tenu dans l'estomac ; la collection aqueuse n'est donc plus formée uniquement par une exagération de la sécrétion muqueuse, et par le liquide qui en est le produit, mais bien par des liquides hétérogènes qui viennent de l'extérieur, et qui ne sont pas un produit de la sécrétion de l'organe. Ce n'est pas plus une hydropisie de l'estomac, que la distension de la vessie par l'urine dans le cas de rétrécissement de l'urètre n'est une hydropisie de la vessie, pas plus que l'accumulation de la bile par oblitération du canal cholédoque n'est une hydropisie de la vésicule biliaire. Pourquoi? parce que dans ces deux cas, le liquide ainsi accumulé n'a pas été sécrété dans l'organe même qu'il distend, mais bien dans un organe voisin ; et parce que ce liquide par sa nature diffère essentiellement de celui qui est sécrété par la membrane muqueuse qui tapisse la cavité morbifiquement distendue.

Nous pensons donc qu'il faut rejeter le mot d'hydropisie de l'estomac. Que le viscère soit distendu par un liquide provenant de l'ouverture d'un kyste ou de sa sécrétion muqueuse exagérée ; que l'orifice pylorique soit oblitéré par un kyste, comme dans le fait de Jodon rapporté par Rivière, ou bien par une tumeur squirrheuse ; suivant nous, la dénomination d'hydropisie de l'estomac ne convient à aucun de ces cas. L'accumulation du liquide n'est, dans toutes circonstances, qu'une suite, qu'un symptôme d'une altération qui a précédé et qui constitue réellement la maladie de l'estomac.

L'observation rapportée par Jodon est remarquable sous plusieurs rapports, qu'on la désigne sous le nom d'hydropisie de l'estomac ou sous tout autre. Ici l'ampliation du viscère semble dépendre de deux causes que nous n'avons pas encore vu figurer : 1.° de kystes qui se sont développés à la surface de la membrane muqueuse, et qui se sont ouverts dans la cavité du viscère ; 2.° de l'oblitération du pylore par une tumeur de même nature. Quoique des faits

de ce genre aient été observés quelquefois, ils sont cependant très-rares. Mais ce que ce fait présente de plus intéressant, ce sont les erreurs de diagnostic qui ont été commises, et sur lesquelles nous insisterons dans le paragraphe suivant.

(*La suite au prochain Numéro.*)

***Causes de la difficulté qu'on éprouve quelquefois à faire la ligature des artères tibiales lors de l'amputation de la jambe; par le docteur* F. Ribes, *médecin des Invalides*.**

Lorsque je faisais des cours particuliers et que j'enseignais la chirurgie, j'avais soin de démontrer qu'il y avait une grande facilité, lors de l'amputation du bras et de la cuisse, à faire la ligature immédiate des artères brachiale et fémorale, et qu'on éprouvait, lors de l'amputation de la jambe dans le lieu d'élection, beaucoup de difficulté à faire la ligature des artères tibiales, et même celle de l'artère poplitée, quand l'amputation était faite au-dessous de la tubérosité du tibia, près de l'articulation du genou.

Voici ce que je disais à ce sujet en 1804 : Plusieurs causes s'opposent à l'alongement ou à l'extension des artères tibiales, quand il faut en faire la ligature lors de l'amputation de la jambe. La principale cause tient à ce que l'artère poplitée, arrivée près de la partie inférieure du quart supérieur de la jambe, fournit l'artère tibiale antérieure qui se porte en avant et passe au travers du ligament inter-osseux. Alors cette artère et celle qui lui donne naissance sont en quelque sorte enfourchées sur ce ligament. Dans cet état, qu'on fasse des tractions sur l'artère tibiale antérieure ou sur l'artère tibiale postérieure, le ligament inter-osseux arrête ces artères; elles offrent une égale résistance, et il est difficile d'obtenir une saillie suffisante pour y poser commodément une ligature.

Au premier coup-d'œil on imagine que l'on pourrait éviter cette difficulté, si, au lieu de pratiquer l'opération dans le lieu d'élection, on faisait l'amputation un peu au-dessous de la tubérosité du tibia, parce qu'alors on ne trouve ni artère tibiale antérieure, ni artère tibiale postérieure; il n'y a que l'artère poplitée. Mais ici se présentent d'autres difficultés, à la vérité moins grandes que la première; ce sont les artères articulaires supérieure et inférieure qui les forment ; par ces artères la poplitée est comme attachée au jarret. En effet, on voit les artères collatérales supérieures interne et externe se contourner de chaque côté autour des condyles du fémur, donner des rameaux aux muscles, aux tendons, aux ligamens et à l'os lui-même sur lequel la poplitée est par elles en quelque sorte retenue.

L'artère articulaire moyenne se porte d'arrière en avant, pénètre dans l'articulation du genou, et se distribue dans les ligamens croisés et les ligamens semi-lunaires. Ce vaisseau, peu extensible, tient également assujettie l'artère poplitée.

Si l'on examine les artères articulaires inférieures, on les voit se comporter à-peu-près comme les supérieures; elles se dirigent d'arrière en avant, vont gagner la partie supérieure du tibia et du péroné, donnent des rameaux aux tendons, aux ligamens, au périoste, aux os de la jambe et à la rotule.

Toutes les artères articulaires se distribuent, comme on le voit, sur des parties solides, dures, inextensibles, immobiles : ainsi ces vaisseaux ne pouvant s'alonger que très-peu, tiennent fixée au jarret l'artère poplitée.

D'après ce qui vient d'être dit, et d'après la manière dont on est forcé de faire la ligature, on conçoit la difficulté qu'on doit éprouver à arrêter le sang des artères tibiales. En effet, l'opérateur saisissant l'artère, souvent la partie pincée se déchire, et il est obligé de prendre le bout du vaisseau plus profondément : alors comme l'artère se prête

très-peu à son alongement, qu'elle est enfermée entre les deux portions d'os sciés, et que la main de l'opérateur reste très-rapprochée de la surface de la plaie, l'aide chargé de faire la ligature est extrêmement gêné pour passer le fil et embrasser l'artère. S'il parvient à faire un nœud, le plus souvent l'extrémité de la pince se trouve comprise dans l'anse, et quand on en retire l'instrument, le fil est entraîné, l'artère s'échappe et s'enfonce de nouveau entre les os et dans les chairs. Ces tentatives font traîner l'opération en longueur, fatiguent le chirurgien, et prolongent les douleurs du malade.

Je disais à cette occasion que l'on pouvait éviter en partie cet inconvénient, en se servant de la pince à coulisse dont Assalini se déclarait inventeur, quoiqu'elle fût connue avant lui. Une fois saisie avec cet instrument, que l'on abandonnerait à son propre poids, l'artère serait un peu alongée, rien ne gênerait, et, libre de ses deux mains, l'opérateur pourrait seul faire aisément la ligature du vaisseau.

S'il en était autrement, en attendant que la chirurgie soit *dotée* d'un instrument propre à bien saisir l'artère, et à porter un fil qui en même temps embrasse et lie sûrement le vaisseau, on se conduirait comme Sabatier qui, sagement dans ce cas, passait un fil autour de l'artère, au moyen d'une aiguille courbe qu'il maniait avec une grande dextérité, et qui comprenait dans la ligature beaucoup de parties molles. Jamais je n'ai vu d'hémorrhagie ni aucun accident arriver à la suite de cette opération.

Dans le cas de l'amputation de la cuisse ou du bras, il n'en est pas de même que dans le cas de l'amputation de la jambe. En effet, les branches que l'artère humérale et l'artère fémorale fournissent, vont se distribuer dans l'épaisseur des muscles qui sont très-longs, libres et sans adhérence dans leur trajet. Ils sont très-extensibles et permettent aux petites artères qui vont s'y rendre de s'alonger facilement : aussi l'artère fémorale et l'artère humérale

coupées dans l'amputation, font une saillie très-considérable qui donne la facilité d'en faire la ligature immédiate.

Voilà les remarques que je faisais à l'époque dont j'ai parlé. Elles me paraissaient trop bien comprises par les personnes qui venaient m'entendre, pour que je crusse qu'il fût nécessaire alors de les publier; et je n'en parlerais pas aujourd'hui si je ne les trouvais incomplètement rapportées dans des mémoires et des ouvrages écrits par des hommes distingués pour lesquels j'ai beaucoup d'estime, et qui ont été trompés par la tradition orale qui a inexactement transmis mes idées.

De la coqueluche; mémoire qui a remporté le prix proposé par la Société de Médecine de Lyon; par M. Blache, *docteur en médecine, médecin du Bureau central des hôpitaux de Paris* (1).

Déterminer, par des observations pratiques et des nécropsies, quelle est la nature et quel est le siège de la coqueluche. — S'il existe encore parmi les médecins une aussi grande divergence d'opinions sur la nature et sur le siège d'une maladie aussi commune que la coqueluche, il faut, je crois, l'attribuer en grande partie au manque de bonnes observations: je veux dire au manque d'observations complètes et détaillées, à l'absence de faits pratiques, recueillis en grand nombre, et analysés ensuite avec tout le soin possible. Ce n'est pas d'ailleurs, comme on pourrait le croire,

(1) La Société avait posé ainsi la question : « Déterminer, par des observations-pratiques et des nécropsies, quelle est la nature et quel est le siège de la coqueluche? Rechercher si cette maladie est contagieuse ou seulement épidémique? Indiquer quelles sont les affections qui peuvent la compliquer, et dans quels cas elle devient mortelle? Déterminer enfin le traitement qu'on doit appliquer à chacune de ses périodes? »

chose facile à faire qu'un pareil travail sur une maladie qui presque jamais n'est mortelle par elle-même, et que rarement, du moins quand elle est simple, on a l'occasion d'observer pendant tout son cours, soit dans la pratique particulière, soit dans les hôpitaux d'enfans. En ville, en effet, quand la coqueluche est exempte de complications, c'est souvent à peine si le médecin est appelé, même chez les gens riches, plus de deux ou trois fois, et à des intervalles plus ou moins éloignés, pendant le cours de cette affection. Comme il est généralement convenu dans le monde *qu'il n'y a point de danger*, c'est bien plus souvent aux pharmaciens et aux commères du quartier, qu'on a recours pour en obtenir quelques recettes mystérieuses ou bien ridicules, au moyen desquelles, Dieu aidant, on arrive un peu plus tôt ou un peu plus tard à la guérison. Quant aux hôpitaux, il est assez rare d'y voir amener des enfans atteints de coqueluche simple, la sollicitude des parens, dans la classe indigente, ne s'éveillant pour l'ordinaire que lorsque la maladie commence à prendre un caractère de gravité qui les effraie. Or, cette gravité tient dans la presqu'universalité des cas, à la présence de complications phlegmasiques, et pour le très-petit nombre de coqueluches qui s'y présentent, à l'état de simplicité, presque toujours on se hâte de conseiller la sortie des enfans, dans la crainte de leur voir contracter, à l'hôpital, des affections beaucoup plus sérieuses.

J'insiste, à dessein, sur ces difficultés de l'observation dans la coqueluche, car j'ai besoin qu'on veuille bien m'en tenir compte.

En effet, pour répondre au vœu de la Société j'ai cherché à rassembler le plus de faits possibles. Mais que trouve-t-on le plus ordinairement dans le *petit nombre* d'observations de coqueluche éparses dans les auteurs ou dans les recueils périodiques? Très-souvent quelques mots seulement qui n'indiquent point l'époque de l'invasion de la ma-

ladie, et qui vous laissent ignorer les circonstances ou les affections qui l'ont précédée ; par fois il n'est question ni du tempérament, ni de l'âge, ni du sexe des individus; l'état des fonctions n'est pas toujours constaté ; point de détails sur les altérations observées après la mort, et presque rien de satisfaisant sur le choix des méthodes thérapeutiques ou sur les effets des médications employées. Surpris et affligé d'une telle pénurie, je me suis vu forcé, pour ainsi dire, de n'avoir recours qu'aux observations recueillies par moi-même avec soin et sans aucune idée préconçue. Malheureusement, parmi ces observations, plusieurs m'ont paru trop écourtées ou pas assez complètes, et j'ai cru devoir les élaguer. Vous trouverez, sans doute, Messieurs que le nombre de celles que je présente ici est bien minime pour conduire à une solution complète de la question. C'est aussi mon regret assurément; mais ne voulant point me servir de matériaux défectueux, j'ai dû m'en tenir à ce petit nombre de faits cliniques, sur l'exactitude desquels on ne pourrait élever le moindre doute.

Résumé analytique. — Nos observations sont au nombre de vingt et une (1). Une seule exceptée, qui a pour sujet un homme de 29 ans, elles ont toutes été recueillies chez des enfans dont le plus jeune avait 25 mois, et le plus âgé 17 ans.

Sur ces 20 enfans on compte 12 filles et 8 garçons.

Nous les avons divisés en trois séries.

La première comprend sept observations de coqueluche terminée par le retour à la santé, ou du moins par un état assez satisfaisant pour faire espérer cette issue favorable.

Dans une seconde série, composée de neuf observations, nous placerons celles où la maladie compliquée d'affections plus ou moins graves s'est terminée par la mort.

(1) Afin d'être plus court ici, nous en avons retranché huit qui différaient peu de quelques-unes de celles que nous conservons.

Enfin dans une troisième série nous rangerons cinq sujets qui ont succombé à la coqueluche compliquée, comme chez les enfans de la seconde série, mais qui de plus présentaient des tubercules, soit dans les poumons, soit dans d'autres organes isolément, soit enfin dans plusieurs organes à-la-fois.

Avant d'examiner chacune de ces séries en particulier, voyons si, de leur ensemble, il serait possible de tirer quelques conclusions relativement aux causes de la coqueluche et à la question de contagion. Moins il y a de causes précises d'une maladie, plus les auteurs ont l'habitude d'en citer de vagues et d'incertaines : celles de la coqueluche étant difficilement appréciables, elles n'ont pu être notées dans nos observations. Il sera donc plus rationnel de les chercher dans les prédispositions individuelles, et surtout dans les maladies antérieures. Certes, une des affections qui ont le plus constamment précedé la coqueluche, c'est la bronchite, non pas une seule fois, mais tous les hivers, mais plusieurs fois dans un même hiver. Ainsi dans douze de nos observations, c'est-à-dire dans plus de moitié, il y avait eu chaque hiver catarrhes aigus, catarrhes chroniques.

En seconde ligne viennent ces éruptions cutanées, maladies de l'enfance, et qui semblent être de la même famille, tant elles se suivent ou s'accompagnent fréquemment chez les mêmes sujets, la variole, la rougeole, etc.

Les voici dans leur ordre de fréquence, comme nous les avons observées chez ces vingt enfans, soit isolées, soit réunies :

Rougeole.	5 fois.
Variole.	3
Scarlatine.	2
Varicelle.	1
Érysipèle.	1

De plus, nous avons vu la coqueluche précédée trois

fois de diarrhée, trois fois d'éruptions impétigineuses ou eczémateuses au cuir-chevelu, trois fois de ganglions engorgés au cou, et deux fois de vers intestinaux (ascarides lombricoïdes.)

Non pas que nous voulions expliquer la coqueluche par ces maladies antécédentes; mais nous avons cru, surtout pour quelques cas, devoir en tenir compte, parce que si nous ne pouvons démontrer qu'elles soient causes de l'affection qui nous occupe, il n'est pas sans importance du moins, d'établir s'il existe ou non quelque lien entr'elles, et ce n'est que par des observations et des chiffres qu'il est possible d'arriver à ce but.

Quant à la question de contagion, ces observations, recueillies presque exclusivement à l'hôpital des Enfans, ne fournissent et ne doivent fournir que peu de lumières. Pour être bon juge dans cette question, il faudrait que le médecin assistât au début de la maladie, il faudrait qu'il la saisît à son point de départ, et qu'il la suivît à la piste, pour ainsi dire, pour voir d'où elle vient et où elle va; méthode inexécutable dans un hôpital, où les petits malades n'arrivent, comme on sait, que lorsque l'affection est déjà plus ou moins ancienne. Il n'y a qu'une seule observation qui touche cette question; l'enfant qui en fait le sujet paraît avoir pris la coqueluche de son frère.

Passons maintenant à l'examen particulier de chaque série.

Quel a été le traitement dans la première série? quelle a été la durée de la coqueluche?

Ces sept cas étaient simples, et presque sans complications graves. Trois fois seulement il y eut bronchite concomittante; une fois engouement pulmonaire double (*obs.* 4.e); une fois léger point pleuro-pneumonique des deux côtés; quatre fois diarrhée; une fois enfin, chez l'adulte, se montra par intervalles un phénomène tout-à-fait insolite, la syncope. Des adoucissans, un régime assez sévère, quel-

ques émissions sanguines, firent justice de ces accidens. La belladone essayée dans un cas (*obs* 2.[e]), et portée à quatre grains par jour, fut discontinuée à cause de son insuccès; dans deux cas l'oxyde de zinc seul (*obs.* 1.[re]), ou associé à l'extrait de ciguë, parut amener de l'amélioration. Une fois l'ipécàcuanha à dose vomitive fut suivi d'amendement notable. Dans l'un des cas, un point pleuro-pneumonique nécessita une saignée qui arrêta presque tout-à-coup les symptômes inflammatoires; les quintes revinrent ensuite à ce qu'elles étaient avant cette complication. Dans un cas, les saignées générales et locales, quoiqu'assez abondantes, n'eurent aucune influence favorable. A part le temps des quintes, en général le pouls resta naturel. La durée de la maladie, évaluée approximativement d'après les données fournies par les parens, fut 75 jours au plus (*observ. de coqueluche chez un adulte*), et de 25 jours au moins. La durée moyenne fut d'un mois à cinq semaines.

La seconde série comprend, comme nous l'avons dit, neuf cas de coqueluche, avec complications plus ou moins graves.

La plus fréquente est, sans contredit, la pneumonie, qui presque toujours est double : elle a existé dans tous ces cas, sans aucune exception.

Chez tous ces sujets, la mort a eu lieu rapidement, soit après des convulsions, soit d'une manière presque subite ou inattendue. Les autres complications ont été dans la proportion suivante: diarrhée, cinq fois; état comateux, qui a précédé la mort, trois fois; bronchite aiguë dont les caractères stéthoscopiques ont été appréciables, avant que ceux de la pneumonie ne vinssent les masquer, deux fois; convulsions, deux fois; teigne faveuse, variole et impétigo de la face, chacun une fois. Les caractères anatomiques, dont les symptômes sont en quelque sorte la traduction, ont-ils été en rapport avec ces mêmes symptômes?

Oui, pour les lésions pulmonaires; non, pour les lésions cérébrales. En effet, dans tous ces cas, les poumons ont offert des altérations identiques, à savoir de ces pneumonies mamelonées, lobulaires, ou par points disséminés, enfin avec tous les caractères de l'induration rouge ou grise, telle qu'on la rencontre si communément chez les enfans.

Dans quatre cas, les symptômes cérébraux ne purent être expliqués par des altérations graves de l'encéphale; à part une légère injection, qui n'existait même pas toujours, le cerveau, la moelle épinière et leurs membranes furent trouvés à l'état normal. Dans un cas où la mort avait été précédée de coma et d'insensibilité presque complète de la peau, on trouva un ramollissement blanc de la voûte à trois piliers et des parois ventriculaires, avec méningite de la convexité. Il y avait ici manifestement désaccord entre les désordres fonctionnels et les lésions anatomiques.

Dans quatre cas, les nerfs pneumo-gastriques observés avec soin parurent exempts de toute lésion.

Cinq fois sur neuf les follicules isolés de Brunner et les plaques de Peyer furent trouvés rouges ou saillans ; une fois l'iléum et le rectum étaient tapissés par une exsudation albuminiforme.

Cinq fois la rougeur, la tuméfaction des ganglions bronchiques a été observée. Quant aux bronches, leur membrane muqueuse a été trouvée pâle 5 fois, et 4 fois seulement rouge. Ordinairement remplie de mucosités spumeuses et deux fois d'un mucus puriforme. Trois fois elles étaient notablement dilatées; mais cette rougeur était-elle véritablement inflammatoire? Peut-on s'en servir comme d'une preuve, en faveur de l'opinion de ceux qui regardent la coqueluche comme une phlegmasie? Pour trancher la question, il faudrait avoir des observations nécroscopiques de coqueluche simple, dégagée de complications graves ou même légères, et c'est ce qui est presque de toute impossibilité, l'affection n'étant plus alors qu'une maladie

longue à guérir, mais non pas ordinairement mortelle. La dilatation des bronches n'est pas non plus un simple produit du travail phlegmasique, mais bien plutôt un effet pour ainsi dire physique des violens efforts auxquels le malade se livre pendant les quintes longues et effrayantes de la coqueluche.

Dans ces neuf cas terminés par la mort, après trois mois et demi au plus, huit jours au moins, et après environ trois semaines pour les autres, le traitement a été et n'a dû être le plus souvent que celui des complications. A part un seul cas où l'ipécacuanha à dose vomitive a été employé seul, et deux autres où on l'a associé à quelques médicamens sédatifs ou antispasmodiques, il a été aussi antiphlogistique que possible, puisque sur 8 malades on a pratiqué des émissions sanguines, soit avec la lancette, soit avec les sangsues, soit enfin par les ventouses scarifiées, et non pas une fois, mais largement, avec persévérance, au début, au milieu et à la fin de la maladie. On y est revenu jusqu'à cinq fois pour un petit malade dont l'affection dura 34 jours, et dans ce cas comme dans les autres, avec un désolant insuccès. C'est que dans ces coqueluches graves, comme dans les fièvres typhoïdes, comme dans le choléra, et malheureusement aussi comme dans tant d'autres affections, il y a un autre élément que l'inflammation, élément inconnu, qui domine toutes ces phlegmasies intercurrentes, qui vous cédera peut-être en un point, mais pour reparaître plus terrible en un autre, véritable Protée qui se joue de nos poursuites, et qui, tôt ou tard, mais presque infailliblement saisira sa victime.

La troisième série, dans laquelle nous avons rangé cinq cas de coqueluches compliquées de tubercules, offre, à part cette lésion nouvelle, beaucoup de points de ressemblance avec la seconde série. Ici, comme plus haut, nous retrouvons la pneumonie, comme la complication, pour ainsi dire nécessaire. Elle s'est montrée dans les cinq cas, et quatre fois des deux côtés; une fois elle était accompagnée de

pleurésie. Nous observons dans quatre cas diarrhée, dans deux, bronchite aiguë, dans un, bronchite chronique; dans un, laryngite, dans un, varioloïde; dans un enfin, convulsions, sans que l'autopsie cadavérique ait pu révéler aucune lésion matérielle des centres nerveux.

Même analogie dans les caractères anatomiques : 5 fois hépatisation lobulaire rouge ou grise; 5 fois, lésion des follicules isolés ou agminés de l'intestin; 4 fois rougeur des bronches; pâleur, une fois; dilatation, 4 fois.

Les altérations bronchiques semblent au premier coup-d'œil, détruire l'opinion que j'ai essayé d'établir plus loin, c'est-à-dire, que la coqueluche est une névrose; mais il ne faut pas perdre de vue que la bronchite; comme la pneumonie, est là une complication, un effet en quelque sorte de la maladie, et non pas une cause essentielle de cette affection. Presque toujours dans la phthisie pulmonaire, vous trouverez la membrane muqueuse des bronches rouge et épaissie, quelquefois même ulcérée : qu'en conclurez-vous? Que la bronchite est une complication presque invariable des tubercules pulmonaires et pas autre chose, car tout ce que vous diriez au delà ne serait qu'hypothèse.

Quatre fois les nerfs pneumo-gastriques ont paru parfaitement sains; ainsi en réunissant ces cas à ceux de la seconde série, nous verrons que sur huit fois où ils ont été disséqués, huit fois le résultat de l'examen anatomique a été en contradiction avec l'opinion des auteurs qui prétendent expliquer la coqueluche par une altération matérielle du nerf vague.

Une fois il y a eu ramollissement gélatineux de la membrane muqueuse gastrique, sans autres symptômes pendant la vie qu'un vomissement dont les quintes rendaient d'ailleurs suffisamment compte.

Les tubercules n'ont pas toujours existé dans les poumons : trois fois seulement sur nos cinq cas, il y en avait dans le parenchyme pulmonaire; quatre fois dans les ganglions

bronchiques, 2 fois dans la rate; une fois ce dernier organe n'en comptait qu'un seul, à l'exclusion de tous les autres organes. Une fois, il existait une communication d'une bronche avec une caverne pulmonaire; une autre fois c'était avec un ganglion bronchique rempli de matière tuberculeuse ramollie.

Quant au traitement, il a été purement antiphlogistique. On a employé isolément ou conjointement la saignée générale dans 4 cas; les sangsues 4 fois; les ventouses scarifiées 2 fois, avec une égale persévérance, comme aussi avec un égal insuccès: l'ipécacuanha fut donné une fois associé aux émissions sanguines. Bien entendu que dans ces cas, comme dans ceux de la seconde série, des vésicatoires sur la tête, à la nuque, sur la poitrine, ou aux jambes, suivant l'indication, ont été appliqués chez presque tous les sujets dans une période avancée et dans la période ultime de la maladie.

La durée la plus longue de la coqueluche dans ces derniers cas, a été de 2 mois; la plus courte de 3 semaines. la durée moyenne de 6 semaines, un peu plus que pour les sujets de la série précédente. Certes, cette complication tuberculeuse est beaucoup plus grave que celle de la pneumonie, puisque avec elle le terme est irrévocablement fatal, tandis que la phlegmasie du parenchyme pulmonaire n'est pas au-dessus des ressources de l'art; mais ici elle mettait nos malades dans un danger moins immédiat; car on ne peut supposer que chez le sujet, par exemple, où il y avait un seul tubercule dans la rate, ce tubercule solitaire pût influencer en rien la marche naturelle de la coqueluche.

Obs. I.re — *Coqueluche* (*prurigo*). = *Malade depuis un mois. Quintes depuis 15 jours. Point de fièvre. Oxyde de zinc. Amendement. Léger point pleuro pneumonique du côté gauche qui cède rapidement à une saignée de bras. On reprend l'oxyde de zinc. Vésicatoire au bras. Malade guérie 40 jours après son entrée à l'hôpital, et 55 jours*

après le développement des quintes, — Cesbon, âgée de 12 ans, (cheveux châtains foncés, peau blanche), n'a jamais d'éruptions croûteuses au cuir chevelu, ni d'ophthalmies, ni de glandes engorgées au cou. A Paris depuis quatre ans, elle s'enrhume facilement. L'hiver dernier elle a été reçue à l'hôpital pour un érysipèle à la face.

Malade depuis un mois, elle tousse depuis lors, et par quintes seulement depuis 15 jours; point d'autre dérangement d'ailleurs.

Le 21 août 1826, lendemain du jour de son entrée, quintes de coqueluche fortes et prolongées, respiration généralement bonne, excepté en haut, en arrière à droite de la poitrine, où l'on entend qnelques bulles sous-crépitantes, percussion sonore, 68 pulsations par minute. Céphalalgie nulle, embonpoint conservé, infiltration des paupières, appétit bon, langue naturelle, ventre indolent, un peu de constipation. (hydromel, julep huileux, soupe, bouillon).

Le 22, la toux revient par quintes répétées et fatigantes, l'expectoration est composée de matières filantes blanchâtres: Il existe sur la face dorsale des avant-bras de petites papules écorchées au sommet, sans rougeur au pourtour, et excitant un prurit très-vif: elle ignore depuis quand existe cette affection cutanée. (même prescription).

Le 23, moins de quintes pendant la nuit. Elles n'amènent jamais de vomissemens depuis son entrée; elle dit qu'elle arrête quelquefois une quinte, en buvant, au moment où elle sent qu'elle va avoir lieu, un peu d'eau froide. 64 pulsations, peau fraîche, une selle naturelle en 24 heures, face bouffie, même état de la respiration; (même prescription).

Le 24, état généralement bon, presque point de quintes cette nuit; la toux a été seulement un peu sèche. (Hydrom. jul. gom. avec 12 grains d'oxyde de zinc).

Le 26, les quintes sont tout à la fois, et moins fréquentes et moins longues, respiration pure, 64 pulsations. (même prescription; 15 gr. d'oxyde de zinc).

Le 27, hier et ce matin, elle a vomi sa potion sans avoir toussé. (12 grains).

Les 28, 29, 30, point de changement, la potion n'est plus vomie.

Le 1.er septembre, hier au soir, après plusieurs quintes assez fortes, elle a vomi sa soupe et elle a été prise d'un léger frisson et d'une douleur vive en dehors du sein gauche, suivie d'oppression, de chaleur et d'accélération du pouls. Une saignée de ℥viij a été faite, et ce matin le sang assez consistant n'est pas couenneux. La douleur de côté n'existe plus, l'expansion pulmonaire est bonne, la percussion sonore, mais en arrière à gauche, on entend un peu de râle sous-crépitant. Les crachats sont muqueux, blanchâtres, le pouls à 88. (Mauve édul. j. g. diète absolue).

Le 2, sommeil bon, quintes rares, pouls à 70, aucune douleur, quelques bulles de râle humide, en arrière à gauche, appétit. (même prescription, lait).

Le 3, cette nuit retour de quelques quintes assez fortes, état généralement bon. (vésicatoire au bras).

Les 4, 5, 6, 7, 8, la malade se trouve bien sauf la toux qui, quoique rare revient quelquefois encore par quintes avec sifflement terminal. (Mauve éd. j. g. avec 8 gr. d'oxyde de zinc, le quart de portion).

Le 14, l'oxyde de zinc a été porté successivement à 15 grains; depuis lors les quintes sont réduites à 3 ou 4 en 24 heures; seulement elles amènent presque toujours des vomissemens.

Les jours suivans, on donne une infusion de serpolet édulcorée, la malade tousse à peine; on suspend l'oxyde de zinc et bientôt elle mange les trois quarts de portion.

Le 1.er octobre, elle sort guérie.

Obs. II.e — Coqueluche. — Epoque incertaine du début. Quintes bien caractérisées. Expansion pulmonaire pure. Poudre de belladone sans effet. Emplâtre émétisé dans le dos : amélioration. Sortie en voie de guérison, 27 jours

après son entrée. — Flamisset, (6 ans et demi, née à Paris, blonde et maigre). Aucun renseignement sur l'état antérieur de cette enfant, ni sur l'époque depuis laquelle existe sa maladie. Entrée à l'hôpital le 15 janvier 1828.

Le 16 à la visite : lèvres croûteuses et un peu saignantes, face pâle, pouls faible à 100 pulsations, poitrine sonore à a percussion, expansion pulmonaire bonne, quintes de toux avec inspiration sifflante à la fin, langue naturelle, ventre souple, indolent, point de diarrhée ; un peu d'appétit ; pas de soif. (mauve édulc. j. g. ; collutoire avec le miel et l'huile pour les lèvres ; lait).

Les 17 et 18 ; même état, appétit vif. (semoule.) La maladie reste stationnaire ; point ou peu de fréquence dans le pouls : cinq à six quintes assez fortes par jour et autant la nuit. (même prescription).

Le 26 ; quintes toujours aussi fortes et plus fréquentes, expectoration muqueuse mêlée de résidu alimentaire, régurgité à la suite de la toux. (Crême de riz. Mauve édul. julep. gom.)

Le 1.er février. *Deux grains de poudre de Belladone* dans le julep.

Le 3 ; point de changement dans les quintes, un peu de dévoiement. (gom. ed. j. g, avec 4 gr. de poudre de belladone, panade).

Le 5 ; même fréquence des quintes, toujours avec sifflement. (emplâtre de poix émétisé entre les deux épaules).

Le 7. Pustules nombreuses et assez volumineuses au-dessous de l'emplâtre. Mêmes quintes de toux, amenant fréquemment des vomissemens de matière glaireuse ou d'alimens. Diarrhée peu abondante. L'auscultation ne fournit aucun nouveau résultat, 104 pulsations, pâleur et affaiblissement. (Suppression de la belladone, décoction de lichen, ℥IV. panade).

Le 9. Toux grasse et humide, quintes plus rares, pouls sans fréquence notable, chaleur naturelle, plus de toux ni de vomissemens après les quintes, selles naturelles (même

prescription, lait de poule. (M. Guersent la renvoie le 12 février, en voie de guérison).

Obs. III.e — *Coqueluche. — Rhume depuis deux mois. Quintes de coqueluche depuis trois semaines environ. Râle muqueux et sous-crépitant en arrière des deux côtés de la poitrine. Expansion pulmonaire bonne. Vésicatoire sur le sternum. Point d'amélioration. Vomitif. Diminution des quintes. Sortie : soulagement prononcé après douze jours de séjour.* — Cette fille, âgée de 3 ans et demi, tousse depuis deux mois, et n'a des quintes de coqueluche que depuis trois semaines ou un mois. Elle a eu la rougeole il y a dix jours sans que cette éruption, qui est éteinte depuis quatre jours, ait eu d'autre influence sur la toux que de la rendre plus fréquente. Il existe un peu de diarrhée depuis trois jours. Entrée à l'hôpital le 23 août 1826.

Le 24, quintes de toux avec inspiration sifflante à la fin, assez fortes et répétées, surtout cette nuit; face pâle et bouffie, pouls à 108, peu développé; râle muqueux et sous-crépitant en arrière des deux côtés de la poitrine; expansion pulmonaire bonne; percussion sonore; langue blanche au centre, rose au pourtour, humide partout. Ventre indolent; pas de selles. (Jul. gom.; pédiluve sinap.; demi-lavement émollient; diète absolue.)

Les 25 et 26 les quintes continuent d'être fréquentes; 116 pulsations; même résultat de l'auscultation, point de diarrhée, lanche blangue et humide. (Même prescription; un vésicatoire sur le sternum.)

Le 27, insomnie, toux avec sifflement terminal et expectoration de crachats muqueux, épais, verdâtres; pas de vomissement; un peu de diarrhée cette nuit; 112 pulsations. (Entretenir le vésicatoire; même prescr. d'ailleurs.)

Le 28, même état. (15 grains de poudre d'*ipeca, illicò* dans un julep.)

Le 29, le vomitif a provoqué le vomissement de mucosités filantes et de crachats verdâtres. Les quintes ont paru

15..

moins fréquentes hier; 104 pulsations. (Gomme édulc.; jul. gom.; lavement émollient; diète.)

Le 31, diminution des quintes qui sont aussi moins fortes; 95 pulsations; expansion pulmonaire franche et presque sans râle. Point de diarrhée; porter le vésicatoire de la poitrine au bras. (Solut. de sirop de gomme arabique; j. g.; lait, bouillon.)

Le 3 septembre, l'amélioration est notable depuis quelques jours; l'appétit est bon; les quintes ont lieu le soir, une fois dans la nuit et le matin au réveil; elles sont courtes. Il n'y a point de fièvre. M. Guersent conseille la sortie.

Obs. IV.e — Coqueluche simple. — Coqueluche contractée à 29 ans, au milieu d'une épidémie et après un refroidissement subit. Antiphlogistiques au début. Nul soulagement. Révulsifs et antispasmodiques. Régime très-sévère. Guérison au bout de 75 à 80 jours. — L'observation suivante m'a été communiquée par M. Lefèvre, médecin à Remy (Oise) : il fut atteint de la coqueluche pendant une épidémie qui régna dans ce pays dans l'été de 1827. Je laisse parler le malade lui-même, ne voulant rien changer à sa rédaction.

« J'étais âgé de 29 ans, doué d'un tempérament sanguin, d'une constitution grêle et irritable. Jusqu'à cet âge je n'avais eu que deux ou trois catarrhes pulmonaires légers, qui jamais ne m'avaient forcé de m'aliter. Depuis trois ans je portais sur la peau, pendant l'hiver, un gilet de flanelle que je quittais seulement pendant les grandes chaleurs, et jusque-là sans en avoir éprouvé le moindre inconvénient. Le 4 août 1827, après m'être échauffé beaucoup à une opération que je pratiquais près d'un grand feu, je sortis tout couvert de sueur pour respirer l'air frais. (C'était le soir.) Je n'en ressentis aucun malaise immédiat, mais le lendemain je fus enrhumé. Plusieurs jours se passèrent pendant lesquels je n'éprouvai que les phénomènes ordinaires d'un rhume peu intense. Bientôt quelques quintes

de toux convulsive se manifestèrent, et la coqueluche ne fut plus douteuse. Dès-lors s'établit une expectoration muqueuse et filante, et les quintes se répétèrent jusqu'à dix et douze fois par jour. Je n'en avais guère que quatre ou cinq pendant la nuit.

» Cet état dura sans variations bien remarquables pendant douze à quinze jours. A cette époque les quintes se rapprochèrent et devinrent plus violentes : à leur approche je me cramponnais aux objets qui m'environnaient pour y chercher un point d'appui, et j'étais souvent, pendant qu'elles avaient lieu, dans un état voisin de la syncope. (Une syncope complète eut même lieu une ou deux fois pendant cette période de la maladie, et quatre ou cinq fois dans les deux septenaires suivans.) Vers le 16.e jour, les quintes devinrent encore plus fréquentes; souvent j'en comptais plus de vingt dans la journée, et huit ou dix pendant la nuit. L'expectoration, toujours muqueuse, devint alors plus abondante; une légère douleur se fit sentir à la partie inférieure du côté droit de la poitrine, vers l'attache du diaphragme. Je l'attribuai aux violentes secousses qu'éprouvait ce muscle pendant les quintes, rien ne pouvant faire soupçonner qu'elle fût le résultat d'une irritation des organes thoraciques.

» L'état que je viens de décrire fut le plus aigu de la maladie, et il dura environ vingt-cinq jours. A cette époque les matières expectorées étaient plus épaisses et jaunâtres. Vers le 40.e jour la coqueluche était arrivée à son *summum*. Bientôt je crus apercevoir une légère décroissance dans les symptômes, et du 40.e au 60.e jour cette décroissance fut telle, que les quintes devenues moins vives n'avaient plus lieu que six à huit fois dans les vingt-quatre heures. A ce moment il se manifesta des sueurs très-abondantes ; la toux devenue plus rare perdit de son caractère convulsif, les crachats furent plus opaques et moins difficiles à expectorer, la douleur de côté disparut, et dans le cours du troisièmem ois la guérison fut presque complète.

jusqu'à la mort ; cerveau et méninges un peu injectés seulement ; inflam. des ganglions bronchiques et des bronches ; pneumonie partielle des deux lobes inférieurs des poumons.—Le 30 septembre 1830, je fus appelé à deux heures du matin, chez M. B***, rue Neuve-des-Petits-Champs, pour un de ses enfans qui venait d'être pris de convulsions.

Le petit malade, âgé de 25 mois, habituellement sujet au rhume, avait la coqueluche depuis un mois environ ; et dix jours auparavant, M. Guersent avait fait placer quelques sangsues vers la base de la poitrine en arrière, où existait alors du râle crépitant. La perte de sang avait été considérable, et depuis lors, la fièvre avait presque cessé, et les quintes étaient devenues plus rares et moins fortes. Le 30, l'enfant ayant paru un peu brûlant le soir, des cataplasmes sinapisés avaient été mis autour des pieds et retirés quelques heures après. A une heure du matin, on vint réveiller la mère, en lui apprenant qu'à la suite d'une quinte, il s'était manifesté des mouvemens convulsifs. En attendant mon arrivée, deux lavemens furent administrés, qui amenèrent deux évacuations jaunâtres et liquides, et l'on donna un bain de pieds sinapisé. A deux heures, je trouvai l'enfant dans l'état suivant : face pâle, front chaud ; yeux complètement ouverts ; pupilles dilatées et immobiles ; globes oculaires fixés en haut ; mouvemens convulsifs continuels dans les muscles des ailes du nez et de la bouche ; agitation continuelle de la main gauche, dont les doigts sont fléchis ; flexion des doigts de la main droite qui reste immobile ; point de toux ; respiration courte et fréquente, un peu irrégulière ; pouls à 140, assez développé ; peau chaude et moite ; ventre tendu et météorisé. (Quatre sangsues aux tempes ; sinapismes chauds aux pieds ; cataplasme émollient sur le ventre.)

A trois heures et demie, j'appelle M. Guersent, qui, le trouvant dans le même état, fait appliquer quatre autres sangsues derrières les oreilles, et conseille en outre des com-

presses imbibées d'eau froide sur la tête, des inspirations d'éther sulfurique, un lavement purgatif, puis un bain tiède de vingt-cinq minutes.

Aucun soulagement ne suit l'emploi de ces divers moyens ; à des intervalles plus ou moins éloignés, il survient un peu de toux, mais sans quintes de coqueluche.

A cinq heures et demie du matin, les mouvemens convulsifs s'arrêtent ; toutefois les mains restent fermées, les paupières écartées, et les conjonctives paraissent assez fortement injectées ; la tête est toujours chaude, et la face très-pâle. (Continuation des applications froides sur la tête ; deux ventouses scarifiées à la base du crâne ; deux lavemens purgatifs avec décoction de séné et huile de ricin ; deux vésicatoires aux jambes.)

A sept heures et demie, point de changement. M. Loiseleur Deslonchamps propose un large vésicatoire sur le sternum qui est appliqué immédiatement. Un peu plus tard, les convulsions se renouvellent. Deux sangsues sont mises derrière les oreilles, le pouls offrant encore une certaine résistance.

A midi et demi, altération profonde des traits ; les mouvemens convulsifs n'ont point cessé, le pouls est filiforme, la peau froide. J'arrête l'écoulement du sang et je prescris quelques gouttes d'éther dans un peu d'eau sucrée.

Mort à deux heures. Depuis l'invasion des mouvemens convulsifs, il n'y avait pas eu un seul moment de retour à connaissance.

Le 2 octobre, vingt-six heures après la mort, je procède à l'ouverture du cadavre, en présence de MM. Guersent et Loiseleur Deslonchamps.

État extérieur. — Décoloration complète de toute la surface du corps ; embonpoint médiocre.

Tête. — Tête bien conformée. Système vasculaire des méninges assez injecté. Sérosité transparente infiltrée dans les mailles du tissu sous-arachnoïdien. Méninges saines. Masse cérébrale généralement un peu molle. Substance

blanche piquetée de sang noir. Quantité minime de sérosité limpide dans les ventricules dont les parois n'offrent aucune altération notable.

Cervelet un peu mou, non injecté.

Protubérance annulaire de bonne consistance.

Cou et thorax. La membrane muqueuse du larynx et de la trachée-artère, pâle, est tapissée d'un mucus rougeâtre assez abondant qui se continue dans les bronches; la tunique interne de ces tuyaux est rouge jusqu'aux dernières divisions qui ne paraissent pas dilatées sensiblement.

Les deux poumons adhèrent entièrement à la plèvre costale et diaphragmatique.

A la base des principales divisions bronchiques et au-devant de la trachée-artère, existent plusieurs ganglions quadruplés de volume, d'un tissu rouge et non tuberculeux.

La base des deux poumons est fortement engouée, et l'on y remarque trois ou quatre portions de tissu, splénifiées. L'un d'eux, à gauche, est à l'état d'hépatisation grise.

Toute la membrane muqueuse qui tapisse la bouche, le pharynx, l'œsophage et l'estomac, n'offre aucune altération de couleur ou de texture. Il y a seize dents.

Même état d'intégrité de l'intestin qui renferme des matières demi-liquides et jaunâtres; seulement dans l'iléon les plaques de Peyer sont assez saillantes, et les follicules de Brunner très-nombreux et assez volumineux.

Les autres organes ont paru sains.

Obs. VI.° — *Coqueluche. — Pneumonie partielle à droite et à gauche. Convulsions. — Cerveau sain. Bronches rouges et dilatées; pneumonie lobulaire à droite.* — Entrée à l'hôpital le 24 septembre 1828, Yolle Clotilde, âgée de 4 ans, était habituellement bien portante, mais sujette au rhume. Elle tousse depuis trois semaines et par quintes avec siffle-

ment, depuis huit jours; céphalalgie, frissons irréguliers suivis de chaleur, soif, pas d'appétit.

Le 25 à la visite, face naturellement colorée, pouls à 100, régulier; elle a eu depuis son entrée plusieurs quintes de toux avec inspiration sifflante à la fin, et expectoration de mucosités filantes; percussion sonore; râle sibilant des deux côtés de la poitrine, avec quelques bulles crépitantes. Langue nette et humide, ventre indolent, point de diarrhée. (Mauve édul. j. gom., 6 sangsues au devant du thorax. Diète.)

Le 26, les morsures de sangsues ont fourni beaucoup de sang., les quintes ont été néanmoins très-fréquentes et assez fortes. 128 pulsations, peau fraîche, pas de selles, agitation la nuit. (Mauve édul. j. g., cataplasme émol. sur la poitrine, pédil sinap. D.)

Le 27, même état, 116 pulsations; point d'évacuations alvines. (Mauve édul., jul. gom., pédil. sinap. D.)

Le 29, point de changement du côté de la poitrine, trois selles liquides et jaunâtres, précédées de coliques. (G. éd. j. g.; D.)

Le 30, mêmes quintes de toux, expectoration abondante, vomissemens provoqués par la toux; diarrhée. (Riz édul. j. g., vésicatoire sur le sternum.)

Le 1er novembre, un peu de sommeil la nuit, quintes un peu plus rares et plus bénignes; auscultation difficile à cause des criailleries; 104 pulsations; deux selles liquides, soif nulle, appétit, ventre indolent. (Entretenir le vésicatoire, gom. édul., j. g., péd. lavement ém., lait.)

Le 2, diminution de la toux qui conserve d'ailleurs son caractère convulsif; peu de diarrhée, point de douleurs nulle part. (Même prescription, miel rosat et huile sur les lèvres.)

Le 3, hier à 11 heures du soir, l'enfant a été prise d'une quinte de toux, de mouvemens convulsifs dans les membres supérieurs avec roideur plus marquée du bras droit; la religieuse dit que la face était pâle et sans convulsions; à 2 heures du matin, mort.

(A la visite du soir l'interne n'avait rien trouvé de particulier; l'enfant se plaignait, mais sans rien préciser.)

Nécropsie faite le 4 novembre au matin. — *Tête.* — Méninges, cerveau et cervelet examinés avec soin, n'ont offert aucune altération remarquable. La substance cérébrale, non injectée, était un peu ferme; les vaisseaux superficiels un peu gorgés de sang.

Thorax. — Les bronches, dans leurs principales ramifications, un peu rouges et dilatées ostensiblement dans leurs divisions dernières.

Les divers lobes des poumons droit et gauche, en général bien crépitans, sont parsemés de portions indurées, précipitant au fond de l'eau. Dans ces points le tissu est mollasse, rougeâtre, coriace en quelque sorte, se laissant difficilement déchirer. Ganglions bronchiques peu développés.

Cœur et gros vaisseaux sains.

Abdomen. — La membrane muqueuse de l'estomac est pâle, un peu plus épaisse *peut-être* vers la petite courbure; un mucus assez épais tapisse la surface interne.

L'intestin grêle contient des matières jaunes, liquides. Çà et là on remarque quelques plaques rougeâtres; les follicules isolés sont un peu développés; les glandes de Peyer peu saillantes. Membrane muqueuse saine. Le gros intestin est sain.

Rien de particulier dans les autres organes.

Obs. VII.e — *Coqueluche.* — *Pneumonie partielle double. Méningite de la convexité. Ramolliss. blanc de la voûte et des parois ventricul. Memb. muq. bronch. et gangl. bronch. sains. Pneumonie partielle à droite et à gauche. Point de tubercules.* — Moutonnier (Marie-Sophie), âgée de 6 ans, née à Paris, est entrée à l'hôpital le 23 septembre. Elle n'a pas eu d'éruptions au cuir-chevelu, point d'ophthalmies, mais des glandes engorgées au cou. Elle a été vaccinée, et depuis a eu la varicelle, puis la rougeole, dans les premiers jours du mois dernier. Depuis lors, et après avoir eu une anasarque, elle a toussé constamment. Elle

est d'ailleurs très-sujette à s'enrhumer. Depuis douze jours elle tousse par quintes comme dans la coqueluche; elle est ordinairement brûlante le soir, et vomit souvent après les quintes. A la suite de sa rougeole un vésicatoire avait été mis sur le côté droit; on l'a remplacé par un cautère au bras.

Le 22, face pâle, peau fine et transparente, cils longs, pouls à 120; respiration bonne à gauche, malgré du râle muqueux et quelques bulles crépitantes; à droite, inférieurement et en arrière, légère différence à la percussion, expansion pulmonaire plus faible, et râle sous-crépitant assez fin; langue humide et rouge, ventre indolent, selles nulles, peau chaude, point de céphalalgie, amaigrissement. (Mauve édulc.; j. g.; péd. sin.: lavem.; saignée du bras de ℥vj.) (Il est probable que c'est la scarlatine et non la rougeole qu'elle a eue; car sa sœur, maintenant aussi à l'hôpital, est atteinte de scarlatine.)

Le 25, même état; on n'a point fait la saignée. (Même prescription.)

Le 26, point de soulagement, la saignée a été pratiquée, le sang est séreux, le caillot mou.

Le 27, quintes de toux fréquentes et répétées, pouls petit et très-accéléré, dyspnée fatigante, selles régulières. (6 sangsues sur le devant de la poitrine.)

Le 28, il semble que l'oppression soit plus forte depuis la saignée locale, qui a été assez copieuse; la face est très-pâle, le pouls faible et très-fréquent, à 128. Plaintes continuelles qu'elle ne cesse que pour tomber dans une espèce d'assoupissement si profond, qu'elle ne paraît point sentir les mouches qui lui couvrent le visage; elle retire les membres quand on les pince, ne paraît point souffrir de la tête. Une seule évacuation dans 24 heures. (Mauve édulc.; j. g.; sinap. aux pieds; un vésicatoire entre les épaules.)

Le 29, affaiblissement extrême, dyspnée considérable; les quintes de toux sont fortes et prolongées, elle rougit à peine alors, et retombe prostrée sans expectoration; pouls

à 120. (Mauve édulc.; j. g., sinap. aux extrémités inférieures; lait coupé qu'elle demande.)

Le 30, pendant la visite, deux quintes excessivement pénibles, sans crachats ni vomissement. (Même prescript.)

Le 2 octobre, moins d'assoupissement, mais dyspnée continuelle; elle boit volontiers son lait par cuillerées.

Le 3, affaiblissement plus marqué, face altérée, amaigrissement notable.

Morte le soir, sans convulsions.

Nécropsie le 6 octobre au matin. — *Tête.* — Les méninges, peu injectées, adhèrent tellement à la surface supérieure des hémisphères, qu'il est impossible de les en détacher sans déchirer la substance cérébrale elle-même. Le cerveau est pâle et mou; un piqueté rose-cerise se montre sur les tranches coupées horizontalement; une cuillerée à peine de sérosité transparente existe dans chaque ventricule latéral, dont les parois sont ramollies; la voûte à trois piliers est tout à fait diffluente et d'un blanc laiteux, sans aucune trace d'injection.

Cervelet un peu mou.

Rien de particulier à la base.

Cou et Thorax. — La membrane muqueuse du larynx, de la trachée et des bronches, n'offre aucune rougeur; des mucosités spumeuses sont contenues dans ces dernières qui ne semblent point dilatées.

Les ganglions bronchiques sont sains et non tuberculeux.

Les deux lobes du poumon gauche sont bien crépitans (sans tubercules), mais leurs bords antérieur et inférieur offrent un tissu mollasse, noirâtre, non perméable à l'air, et précipitant au fond de l'eau. Il en est de même pour les lobes supérieur et inférieur du poumon droit, dont le lobe moyen est presqu'en entier splénifié et précipite au fond de l'eau.

Cœur et gros vaisseaux sains, nerfs pneumogastriques san lésion appréciable.

Abdomen.—Rien de remarquable dans l'estomac qu'une très-petite plaque ponctuée de rose vers la région pylorique.

La membrane interne du duodenum est d'un rouge pâle. Les plaques de Peyer sont assez saillantes et plusieurs offrent une teinte rouge foncée, celle qui se rapproche le plus de la valvule, est très-longue et rouge. La membrane interne de l'intestin grêle est d'un rose tendre, un peu plus molle vers les plaques.

Gros intestin sain.

Foie gorgé de sang, bile peu colorée et assez abondante.

Rien de particulier dans les autres viscères.

Obs. VIII.e—*Coqueluche.—Pneumonie partielle double. Diarrhée.—Points pneumoniques multiples dans le poumon droit et dans le gauche. Dilatation des bronches.*—Meunier (Henri) âgé de 4 ans, (né à Paris, rue N.e S. Denis, 27), a les cheveux blonds, les cils longs, les yeux gris bleus, la face pâle et un peu bouffie. Etant plus jeune, il a eu des éruptions croûteuses à la tête et quelques glandes engorgées au cou, point de mal aux yeux. Il est rarement enrhumé et jouit ordinairement d'une bonne santé, il n'a pas été vacciné et n'a pas eu la variole. Entré le 30 juin 1827 à l'hôpital.

Il tousse depuis 14 jours, et par quintes depuis 4 seulement; chaque quinte est, dit-on, terminée par un sifflement comme dans la coqueluche et suivie de l'expectoration de crachats blancs épais, quelquefois de vomissemens d'alimens, d'autres fois d'épistaxis assez abondantes. Il ne s'est pas plaint de la tête, mais la respiration a paru plus gênée. Il est survenu de la fièvre, de la soif, de la douleur au creux de l'estomac et un peu de dévoiement. Il y a trois jours on lui a donné du sirop d'ipéca qui l'a fait beaucoup vomir sans amener aucun changement favorable. A la visite du soir, il venait d'avoir, à peu d'intervalle, trois quintes très-fortes. L'interne lui trouva la figure gonflée, les lèvres violacées, la peau chaude, le pouls fréquent, la respiration

accélérée, et son crachoir était à moitié plein de crachats muqueux blanchâtres et jaunâtres. Le ventre était souple, indolent, l'enfant n'accusait de douleur nulle part ; des cataplasmes sinapisés furent appliquées aux pieds.

Le 1.er juillet, à la visite du matin, face pâle et bouffie, les quintes ont été répétées fortement cette nuit; la poitrine est parfaitement sonore; du râle muqueux et sous-crépitant s'entend à droite, en arrière et latéralement, et un peu moins à gauche inférieurement; seulement un peu d'oppression, expectoration abondante de crachats jaunâtres striés de sang, nageant dans un liquide clair, pouls assez développé à 116. Peau chaude, langue bien humide, d'une couleur naturelle au pourtour, un peu blanche au centre. Appétit nul, peu de soif, ventre indolent, plusieurs selles liquides pendant la nuit. (Mauve édul.; julep gom.; saignée au bras de ℥ vj. diète).

Le 2, le sang tiré la veille offre une proportion considérable de sérum, le caillot est peu consistant: même fréquence des quintes de toux, crachats presque puriformes, opaques, peu aërés, nageant dans un liquide filant. En arrière des deux côtés de la poitrine; râle muqueux très-abondant avec quelques grosses bulles crépitantes à droite latéralement surtout; percussion sonore: 108 pulsations, assez résistantes, peau chaude, langue naturelle, légère douleur à l'épigastre, n'augmentant point par la pression, un peu de diarrhée. (M.e ed. j. g., saignée de ℥vj le soir, s'il y a du redoublement. diète. demi lav. émol.)

Le 3. Le soir, l'enfant étant mieux, la saignée n'a pas été pratiquée. Le matin, quintes plus rares, 100 pulsations, plusieurs selles liquides jaunâtres et glaireuses, langue naturelle, ventre souple. (Gom. édul.; julep. gom.; 2 demi-lav. d'amidon et pavot. Diète).

Le 4; sommeil nul, quintes fréquentes et prolongées, respiration accélérée, râle sous-crépitant en arrière à droite et à gauche, percussion sonore, 120 pulsations après une

quinte, mêmes évacuations alvines. Il a peu gardé ses lavemens. (même prescription).

Le 5, les quintes sont moins répétées, mais aussi longues; même état de la poitrine, 124 pulsations, plusieurs selles muqueuses d'un blanc jaunâtre, ventre un peu sensible au toucher. (même prescription, 6 sangsues à l'anus).

Le 6, 128 pulsations, point de changement du côté de la poitrine, 2 selles liquides jaunâtres, non-glaireuses, ventre indolent, langue humide et rose, paupières œdématiées. (gom. édul. j. g. lav. amylacé. d. abs.)

Le 7, face pâle, quintes toujours très-fortes et avec sifflement terminal, crachats muqueux jaunâtres, peu abondans depuis les lavemens de pavot. 116 pulsations, chaleur naturelle. Le râle sous-crépitant est très abondant à droite en arrière, dans presque toute l'étendue de ce côté du thorax; moins à gauche, où il existe surtout inférieurement, une selle brunâtre, non glaireuse. (gom. éd. j. g. demi lav. émol, diète.) Vésicatoire en arrère à droite de la poitrine.

Le 8, quintes plus rares, 112 pulsations, chaleur naturelle, l'enfant se plaint de l'épigastre et un peu au-dessus. Langue naturelle, ventre indolent, une seule selle demi-liquide jaunâtre (lait coupé).

Les 9 et 10, légère amélioration, râle moins sec, respiration moins fréquente, 96 pulsations, une selle presque naturelle. (même prescription, lait).

Le 11, 96 pulsations, quintes éloignées, sifflement presque nul, quelques crachats jaunes verdâtres, point d'évacuations alvines. (entret. le vésic., semoule au lait).

Le 13. Hier, jour d'entrée pour les parens, l'enfant a mangé des gâteaux: pouls fréquent, 108; quintes plus répétées pendant la nuit surtout, deux selles liquides. (Lait coupé).

Le 14. Amélioration, 92 pulsations, une selle demi-liquide (Mauve éd.; semoule).

Le 15, les quintes reviennent encore à des intervalles

assez rapprochés, toutefois la respiration paraît peu gênée. Il y a toujours du râle sec et sonore en arrière des deux côtés; langue humide, ventre indolent, une selle naturelle. (Mauve édul. semoule).

Le 16, deux selles liquides, il a mangé hier (jour d'entrée.) 104 puls. crachats muqueux abondans (même prescription).

Le 17, 88 puls.; fonctions digestives en bon état. (2 onces d'eau d'Enghien avec un peu de lait, soupe, bouillon).

Les 18 et 19, même état, quintes rares; l'affection est presque réduite à un catarrhe.

Le 20, il a mangé hier des cerises et des gâteaux qu'il a vomis le soir, quintes plus fortes la nuit, 104 pulsations; une selle liquide. (Mauve éd., j. g., lait).

Le 22, les quintes persistent et l'expectoration ne diminue pas, 88 pulsations, état du ventre bon. (Eau d'Enghien 2 onces. j. g. avec extr. de ciguë 6 gr. et oxyde de zinc 10 gr).

Le 24, aucun changement (on supprime le julep additionnel).

Le 25, crachats muqueux verdâtres, très-abondans, une selle liquide, 96 pulsations. (G. éd. eau d'Enghien ℥ij, panade).

Le 27, hier au soir (jour d'entrée), indigestion, peau chaude et sèche, pouls très-fréquent, yeux injectés, paupières très-gonflées, oppression très-forte, ventre douloureux, langue sale. La nuit plusieurs selles liquides et jaunes, quintes répétées le soir, respiration de plus en plus gênée, plaintes, dents un peu serrées, refus de boire. Mort sans convulsions à 6 heures du matin le 27.

Nécropsie, faite le 28, 27 heures après la mort. — Tête et rachis. — Méninges humides, légère suffusion sanguine dans la pie-mère à la surface des deux hémisphères. Substance grise rosée sur toutes les circonvolutions. (Cette teinte est plutôt cerise que rose), du sang fluide rosé s'échappe par petites gouttelettes des tranches du cerveau coupé horizontalement, une petite cuillerée de sérosité rosée dans les ventricules latéraux, parties moyennes saines.

Même suffusion sanguine à la surface des méninges du cervelet et de la moelle épinière qui sont saines d'ailleurs.

Tissu cellulaire extérieur à la dure-mère rachidienne, un peu gorgé de sang.

Thorax. — Demi verre de sérosité transparente dans la cavité des plèvres, ganglions interbronchiques un peu tuméfiés et rougeâtres. Adhérence celluleuse des lobes du poumon droit entr'eux. Une foule de points pneumoniques d'un demi pouce d'étendue, parsèment les trois lobes de ce poumon; le tissu en est flasque, d'un rouge brun, non crépitant, il précipite au fond de l'eau et ne se laisse pas facilement déchirer.

Tout le pourtour de la base du lobe inférieur, et dans l'épaisseur d'un demi-pouce à sa circonférence, offre une altération semblable, qui se trouve exactement la même aussi dans le lobe inférieur du côté gauche.

En pressant ces points hépatisés, on n'en fait point suinter un liquide puriforme comme il arrive quelquefois.

Les dernières ramifications bronchiques sont un peu dilatées, une sonde de femme y pénètre, la membrane muqueuse est d'un rose pâle.

Le péricarde contient deux cuillerées de sérosité sanguinolente.

Cœur d'un volume ordinaire, épaisseur du ventricule gauche au ventricule droit, comme 3 à 1. Sang fluide et noir à l'intérieur des cavités droites.

Abdomen. — Liquide trouble dans l'estomac, dont la membrane muqueuse, pâle, d'épaisseur et de consistance normales, offre un aspect gauffré vert à sa portion pylorique.

Matières demi-fluides jaunâtres dans la première moitié de l'intestin grêle dont la membrane muqueuse est généralement pâle et sans altération notable de texture. Les follicules isolés sont assez développés et un petit nombre de plaques de Peyer un peu saillantes.

La première portion du gros intestin contient des matières jaunes et pultacées. La membrane muqueuse est pâle et saine, un peu mince seulement vers le commencement du rectum.

Foie sain, bile rousse, rate dense et petite, reins et vessie sains.

IX.e *Obs. — Coqueluche; pneumonie double; diarrhée. — Cerveau, moelle épinière et méninges sains. Intégrité de la muqueuse aérifère dans toute son étendue. Points pneumoniques disséminés dans le poumon droit et le lobe inférieur gauche. Exsudation albuminiforme dans l'iléon et à la fin du rectum.* — Monin, âgé de deux ans, est entré à l'hôpital le 15 juin 1827 : yeux bruns, cheveux blonds, cils très-longs, face pâle ; il conserve encore un certain embonpoint ; il n'a que dix-huit dents. Aucune maladie antécédente, seulement très-sujet au rhume et ayant toussé tout l'hiver. Diarrhée assez fréquente alors. Il n'est sevré que depuis an. Il y a quatre jours que la toux a lieu par quintes, pendant lesquelles la face devient violette. Il ne crache pas, a beaucoup de soif, ne paraît pas souffrir de la tête, et a de la diarrhée.

Le 16 juin, à la visite du matin, cet enfant, qui est pâle et très-faible, a eu, depuis son entrée, nous dit-on, plusieurs quintes de toux avec inspiration sifflante à la fin. La toux, d'abord sèche, devient ensuite un peu plus humide, et a lieu bientôt par secousses répétées qui se terminent par un sifflement aigu ; la face est rouge, les yeux larmoyans ; l'enfant s'agite et crie après, puis retombe affaissé (récit de la religieuse). Pouls à 104, assez-faible ; respiration bonne ; langue humide ; deux selles verdâtres liquides (Gom. éd., jul. gom., péd. sin. demi-lav. émol., diète).

17, même état, un peu plus de fréquence dans le pouls.

18, quintes fréquentes et prolongées qui ont troublé le sommeil. 124 pulsations ; râle sous-crépitant en arrière à droite de la poitrine, et à gauche inférieurement lors des secousses de toux ; langue sale à la base ; ventre souple,

indolent ; point d'évacuations alvines (Même prescrip. ; 2 ventouses scarifiées en arrière du thorax, 6 grains de poudre d'ipéca. pour demain matin, diète).

19, l'ipécacuanha n'a amené ni nausées, ni vomissemens, ni selles; l'état du malade est le même; on parvient difficilement à examiner la poitrine, à cause des criailleries qui sont suivies de quintes (Mauve édul., demi-looch blanc, d.).

20, respiration assez pure antérieurement. Quelques bulles crépitantes en arrière, et surtout à droite. Une selle liquide jaunâtre. Langue blanchâtre. Ventre sans douleur ni tension. Face plus pâle, bouffie (Même prescription).

21, Peau chaude. 120 pulsations petites et faibles. Lèvres sèches et croûteuses: langue rose, peu humectée; soif; même fréquence et même force des quintes de toux. Une selle liquide jaune. L'enfant est difficile à explorer; il paraît toutefois intelligent. (Mauve éd., j. g., demi-lav. émol., cataplasmes sinapisés aux extrémités inférieures, diète).

22, point de changement: il demande à manger. (Même prescription).

23, deux selles liquides; peu de sommeil à cause des quintes; peau froide; 124 pulsations; langue et lèvres sèches; ventre indolent à la pression (Prescription continuée).

Le 24, la respiration reste accélérée, même assez longtemps après les quintes; le pouls est petit et très-fréquent; appétit (Lait coupé).

25. Amaigrissement, quintes répétées, après lesquelles la respiration s'accélère considérablement. Expansion pulmonaire faible en arrière des deux côtés, légère matité à droite; criailleries perpétuelles, évacuations de matières liquides jaunâtres, non glaireuses (Gom. édul., j. g., demi-lav. émol., sinapismes).

26, à cinq heures et demie après midi, après avoir bu avec plaisir un peu de lait coupé, tout-à-coup l'oppression a augmenté beaucoup, la face s'est décomposée, un froid glacial est survenu; le pouls ne se sentait qu'à peine, résolution et

presque insensibilité des membres. Mort sans convulsions à six heures précises.

L'interne nous fit observer que cet état si grave et si subit n'avait cependant point succédé à une quinte.

Nécropsie 40 *heures après la mort.* — *Tête et rachis.* — Les vaisseaux superficiels qui rampent à la superficie du cerveau en arrière sont gorgés de sang ; en avant, ils sont tout-à-fait vides de sang. Méninges humides et saines. Cerveau généralement pâle ainsi que le cervelet. Une cuillerée de sérosité transparente dans chaque ventricule latéral. Quantité non appréciée, mais assez forte à la base du crâne. Etat normal de la moelle épinière et de ses membranes. Sinus veineux du rachis gorgés de sang noir fluide.

Cou et thorax. — Muqueuse du pharynx, du larynx, de la trachée-artère et des bronches jusqu'à leurs dernières ramifications, pâle et sans altération d'épaisseur ni de consistance. Ganglions bronchiques sains.

Nulle altération notable dans les nerfs pneumo-gastriques, examinés avec le plus grand soin.

Plèvres sans adhérences ni épanchement.

Cœur et gros vaisseaux sains.

Le poumon droit offre une foule de petits points hépatisés en rouge, non grenus, plus nombreux en arrière et au sommet du lobe supérieur. Dans le lobe moyen, l'hépatisation occupe une partie assez étendue. Le lobe inférieur est en quelque sorte marbré à sa surface par de petits points enflammés qui forment des espèces de plaques superficielles, n'intéressant pas le tissu pulmonaire à plus d'un demi-pouce de profondeur.

Le poumon gauche présente quelques-uns de ces points hépatisés en rouge cerise, d'un tissu analogue à celui de la rate, et précipitant au fond de l'eau dans le lobe inférieur seulement, où la lésion paraît plus avancée. Le lobe supérieur est sain.

Abdomen. — L'estomac contient quelques flocons de matière caséeuse : il est un peu contracté sur lui-même ; sa tuni-

que interne est pâle, d'épaisseur et de consistance normales.

Quelques follicules plus volumineux que de coutume dans le duodénum.

Le jéjunum contient des matières liquides d'un jaune verdâtre, et l'iléon quelques flocons de matière verdâtre. Vers son extrémité inférieure, les matières deviennent grisâtres, et sur son dernier pied, on observe une couche de matière albumiuiforme comme granulée, plus abondante dans l'intervalle des plaques de Peyer, s'enlevant assez facilement en raclant avec le dos du scalpel, et laissant voir au-dessous la muqueuse pâle, nullement altérée dans sa texture. Follicules isolés peu développés. Follicules agminés assez rouges, non saillans.

Ganglions mésentériques sains.

Matières jaunes liquides dans le gros intestin, dont la membrane muqueuse est pâle et saine, excepté au pourtour de l'extrémité inférieure du rectum, où il existe une exsudation analogue à celle qu'on observe à la fin de l'iléon. Rien de particulier dans les autres organes, qu'une bile noire très-poisseuse dans la vésicule; le foie paraissant sain.

Obs. X.° — Catarrhe pulmonaire chronique; coqueluche. Varioloïde, pneumonie tuberculeuse double. — Cerveau sain. Membrane muqueuse aérifère pâle. Dernières ramifications bronchiques dilatées. Ganglions bronchiques tuberculeux. Caverne à la base du lobe moyen du poumon droit hépatisé presque entièrement. Pneumonie gauche. Un tubercule dans la rate. Intestin grêle un peu rouge. Gros intestin sain. — Deshays (Clémence), âgée de 7 ans. Entrée le 7 avril 1826 à l'hôpital. Cheveux blonds, cils très-longs, yeux bleus, face pâle, n'offrant aucune cicatrice de variole ou de vaccine. Pendant son enfance, elle n'a eu ni croûtes, ni suintemens derrière les oreilles, ni glandes engorgées, ni ophthalmies. S'enrhume facilement l'hiver, tousse depuis deux mois, et davantage depuis six semaines qu'elle a des quintes. Depuis un mois, douleurs au côté droit du thorax, presque

constante, céphalalgie fréquente, amaigrissement. Deux jours avant son entrée, 9 sangsues ont été mises sur le point douloureux. L'écoulement du sang qui s'en est suivi a été abondant. Ventre indolent, selles rares.

Le 8 avril, à la visite, on remarque sur diverses parties du corps (les épaules, le cou, les cuisses et le ventre), de petites pustules à base un peu dure; d'autres sont desséchées et flasques. Quelques-unes sont remplacées par une croûte noire et sèche. Les quintes de toux sont fortes et fréquentes avec sifflement caractéristique terminal; l'expectoration abondante et composée de crachats blancs, verts, jaunâtres, épais, adhérens au vase. L'expansion pulmonaire plus faible à droite du thorax qu'à gauche où la sonoréité est également moindre; pouls à 95, langue blanche, sale à la base, ventre indolent, une selle naturelle. (Mauve édul. j. g. péd. sinap. lav).

Le soir, peau chaude, pouls très-fréquent et développé, quintes fortes, céphalalgie. (saignée de ℥iv).

Le 9, 116 pulsations, même état que la veille. (saignée ℥iv).

Le 10, 116 pulsations, mêmes quintes, crachats muqueux, épais, puriformes, striés de sang. (4 vent. scarif. en arrière de la poitrine).

Le 11, légère amélioration, 95 pulsations, soif assez vive, langue sale, enduit jaune à la base, ventre indolent, crachats muqueux, jaunâtres, un peu aérés. (M. éd. j. g. ped. sin. diète).

Le soir, pouls petit et fréquent, peau chaude.

Le 14 avril, chaleur de la peau naturelle, pouls à 128, crachats puriformes, quintes un peu moins fréquentes, même différence dans l'expansion pulmonaire et la sonoréité entre les deux côtés de la poitrine; râle ronflant et muqueux à gauche.

Le 15, même état, 120 pulsations, une selle sans dévoiement. (un vésic. en arrière, à droite, parallèlement au rachis).

Le 17, 132 pulsations, sommeil la nuit, quintes plus rares; le soir redoublement fébrile plus fort; céphalalgie, peau chaude. (entretenir le vésicatoire).

Le 18, quintes plus fréquentes; crachats puriformes; quelques stries sanguinolentes; haleine fétide, 124 pulsations, 60 inspirations par minute.

Le 20, 140 pulsations; même fétidité de l'haleine; crachats purulens, respiration très-précipitée; peau peu chaude. (gom. éd. j. g. sinapismes lav.)

Les jours suivans même état; point de diarrhée, peu de soif, ventre indolent, affaiblissement, (g. éd. j. g. lav. avec décoct. de quinquina sinap., promenés sur les ext. inf.)

Le 25, face pâle, altérée, lèvres sèches, encroûtées; une selle liquide, dyspnée, quintes courtes, répétées, voix éteinte, fétidité de l'haleine. (sinap.)

Morte à 1 heure après midi.

Nécropsie le 26 avril au matin.— Tête. — Méninges et substance encéphalique parfaitement sains.

Nerfs pneumo-gastriques sans altération appréciable.

Thorax. Muqueuse des voies aérifères pâle, ramifications bronchiques dilatées; une sonde cannelée peut être facilement introduite jusqu'à leurs dernières extrémités. Une sonde de femme entre facilement dans deux de ces ramifications ultimes, qui viennent aboutir à une vaste excavation existant à la base du lobe moyen du poumon droit. Cette cavité pouvant contenir un gros œuf, renferme environ deux cuillerées d'un liquide grisâtre, et quelques flocons jaunâtres. En bas et sur les côtés, ses parois sont formées par le tissu pulmonaire rouge, et dense: leur épaisseur est de deux lignes. Point de fausses membranes à l'intérieur, ni concrétions, ni granulations albumineuses. Le tissu du poumon, très-dense, présente l'aspect du bas-fond d'une vessie qui serait affectée d'un catarrhe chronique. On y voit des espèces de colonnes lisses qui s'entrecroisent et forment de aréoles en quelques points.

Le lobe supérieur présente quelques points hépatisés en gris dans l'étendue d'un pouce ou deux ; ailleurs, il est crépitant.

Le lobe inférieur, d'un tissu rouge, facile à déchirer, présente à sa base des points hépatisés et durs. Il précipite au fond de l'eau.

Au sommet du lobe supérieur gauche, quelques points d'hépatise grise, infiltrés de pus : toute la base est à l'état d'hépatisation purulente.

Le lobe inférieur gauche offre un mélange d'hépatisation rouge et grise ; on le déchire aisément et du pus s'écoule lors de l'incision. A la base de ce lobe, dans l'étendue d'un pouce et demi, on trouve un tissu dense, blanc, avec quelques lignes de gris ponctué de rouge qui entrecoupent cette portion de tissu. Ailleurs, existe un point ramolli, pouvant contenir une aveline et renfermant une matière jaunâtre, fluide, purulente, sans granulations.

Trois onces de sérosité limpide dans chaque côté de la poitrine.

Les ganglions bronchiques d'un tissu brunâtre à l'extérieur, offrent à l'intérieur un tissu blanc, dense, tuberculeux. Du côté droit existent en avant deux ganglions tuberculeux du volume d'une grosse noix, ramollis au centre.

Une cuillerée de sérosité limpide dans le péricarde.

Cœur assez ferme, rosé ; caillots fibrineux décolorés dans les cavités droites, épaisseur du ventricule gauche au ventricule droit, comme 3 à 1.

Ventre. Ganglions mésentériques sains.

Mucus filant à l'intérieur de l'estomac, léger pointillé rouge sur la petite courbure. Membrane muqueuse généralement pâle est de bonne consistance, et d'épaisseur normale.

Muqueuse du duodénum d'un gris pâle, follicules très-nombreux.

Membrane muqueuse de l'intestin grêle pâle, follicules isolés grisâtres, quelques plaques de Peyer rougeâtres, avec injection peu prononcée autour.

Membrane muqueuse du gros intestin pâle, de bonne consistance et d'épaisseur normale comme celle du petit.

Foie gorgé de sang fluide, bile jaune.

Rate décolorée, tissu mou contenant un tubercule du volume d'un pois.

Reins pâles ainsi que les uretères et la vessie.

Le reste sain.

Obs. XI.e — *Bronchite. — Coqueluche. — Pleuro-pneumonie gauche; — Pneumonie partielle à droite; — Ganglions bronchiques tuberculeux. — Entérite. — Cerveau sain. — Inflammation de la membrane muqueuse aérifère; — Dilatation des dernières ramifications bronchiques; — Tubercules dans les ganglions bronchiques; — Nerf vague sain. — Poumon gauche entièrement hépatisé. — Inflammation de l'iléon.* — Denis, Thérèse, âgée de quatre ans et demi; entrée à l'hôpital le 9 avril 1826. Cheveux blonds, cils longs, yeux bleus, face pâle, embonpoint conservé. Dans la première enfance, croûtes à la tête; plus tard, glandes au cou, qui ont suppuré il y a trois ans. Assez bonne santé. Point sujette au rhume, et toutefois elle tousse depuis le 24 mars dernier et par quinte, surtout la nuit. La toux amène souvent des vomissemens; la soif est vive; il y a cinq jours qu'elle n'a été à la selle.

Le 10 avril, à la visite; peau chaude, 116 pulsations; langue blanche et humide; soif, ventre douloureux, point d'évacuation; toux fréquente, quintes avec sifflement caractéristique, crachats muqueux, jaunâtres, un peu adhérens au vase; râle muqueux et sibilant à gauche, du thorax avec moins d'expansion pulmonaire et moins de sonoréité à la percussion. (Saignée de ℥iv., gom. ed. j. huil., lav. (*bis*), pédil., cat. sur le ventre.)

Le 11, 132 pulsations; même état d'ailleurs; une seule évacuation alvine.

Le 13, 136 pulsations; peau plus chaude, selles diarrhéiques.

Le 14, quintes très-répétées, ventre douloureux; selles liquides. (8 sangsues sur le ventre.)

Le 15, malgré un écoulement de sang abondant, point d'amélioration; langue gonflée, papilles rouges et saillantes; respiration anxieuse; expansion pulmonaire presque nulle dans les deux tiers inférieurs du côté droit de la poitrine. (Saignée ℥iv, vésicatoire en arrière, à droite.)

Le 16, 140 pulsations, peau chaude et sèche; langue sèche, soif vive, selles liquides répétées; quintes de toux fréquentes, dypsnée. (Sinap.)

Le 17, 160 pulsations, quintes plus éloignées, refus de boire, langue blanchâtre, humectée; la pression du ventre a lieu sans douleur. (4 grains d'émétique dans un julep gom.).

Le 18, pas une seule cuillerée de la potion stibiée n'a été prise. La malade crache tout ce qu'on veut lui faire boire; langue pâle et humide, lèvres sèches, encroûtées; diarrhée; pas de vomissemens, un peu de toux. (Même prescription.)

Le 19, refus de toute boisson; face pâle, altérée. Chaleur âcre et sèche à la peau; expectoration muqueuse presque nulle, respiration accélérée et petite. (Sinapismes.)

Le 20 avril, peau sèche et chaude, pouls d'une fréquence extrême. Toux quinteuse, pénible, dypsnée extrême; morte à trois heures après-midi.

Nécropsie faite le 22 avril. — Appareil sensitif interne. — Vaisseaux veineux de la superficie du cerveau injectés. Méninges humides et saines. Substance cérébrale de bonne consistance; une cuillerée de sérosité un peu trouble dans les ventricules latéraux. Etat normal des parties moyennes et de la base. Nerfs pneumo-gastriques sains.

Appareil respiratoire. — Légère rougeur sur la muqueuse des voies aérifères, surtout dans l'intervalle des arceaux cartilagineux.

Dilatation des ramifications bronchiques. Une sonde cannelée ordinaire pénètre aisément jusqu'à leurs dernières

extrémités. La membrane muqueuse est d'un rouge violacé. Ganglions bronchiques volumineux, surtout à droite, tuberculeux au centre. Le côté gauche de la poitrine contient environ six onces de sérosité jaune, floconneuse. Des fausses membranes molles et récentes sont à la surface de la plèvre costale et pulmonaire.

Le lobe supérieur du poumon gauche est d'un tissu rouge, crépitant ; mais dans l'espace de deux à trois pouces de sa base, il est hépatisé en rouge et gagne le fond de l'eau.

Le lobe inférieur est entièrement hépatisé en rouge. En arrière, on remarque quatre petits points de la grosseur d'une noisette, où le tissu est grisâtre et ramolli.

Les deux lobes supérieurs du poumon droit sont rouges et crépitans. Le lobe inférieur est hépatisé en rouge. En arrière de ce lobe, on voit, au-dessous de la plèvre, un point grisâtre ramolli, sans communication avec les ramifications bronchiques.

Point de liquide dans le péricarde ; épaisseur du ventricule gauche au droit : comme : 3 et demi à 1. Caillots fibrineux dans les cavités droites.

Appareil digestif. — Ganglions mésentériques sains. — L'estomac contient un liquide jaunâtre ; du mucus épais adhère à sa surface interne qui offre vers le grand cul-de-sac des veines très-injectées. Les rides de la portion pylorique sont très-développées. Epaisseur et consistance de la membrane muqueuse naturelles. Le duodénum présente intérieurement une multitude de petits points noirs. Dans les deux tiers supérieurs de l'intestin grêle, les matières contenues sont liquides et d'un jaune d'ocre. Dans le tiers inférieur, il y a peu de ces matières; les vaisseaux veineux sous-muqueux, sont injectés. Vers la fin, la rougeur est vive, l'injection est pointillée, les plaques de Peyer sont rouges et boursoufflées, les follicules isolés très-développés jusqu'à deux pouces de la valvule iléo-cœcale; à un pied environ de cet endroit, et dans l'étendue de quatre pouces,

l'injection est très-vive. La membrane muqueuse redevient pâle près de la valvule. Au-dessous de la muqueuse de l'appendice cœcale, on voit des points noirs, confluens, déprimés, autour desquels la tunique interne est pâle et forme des bords élevés. Le gros intestin est distendu, et contient des matières verdâtres; quelques plaques rouges tranchent sur la membrane muqueuse, qui est généralement pâle. Consistance et épaisseur bonnes.

Le foie est gorgé de sang. Bile jaune dans la vésicule.

Les autres organes n'ont rien offert de remarquable.

Obs. XII.° — *Bronchite; coqueluche; pneumonie partielle à droite et à gauche; entéro-colite. — Cerveau et méninges sains. Perforation d'une bronche communiquant avec un ganglion tuberculeux; dilatation des bronches; pneumonie partielle et presque chronique à droite; pneumonie lobulaire à gauche. Ramollissement gélatineux de l'estomac. Développement normal des follicules isolés et agminés de l'intestin grêle. Tubercules dans la rate.* — Vesinch, âgée de 5 ans, entrée à l'hôpital le 8 avril 1826. Cheveux blonds, cils peu longs, teint rosé, embonpoint conservé. Dans la première enfance, croûtes à la tête et suintement derrière les oreilles; enrhumée chaque hiver. L'année dernière, des vers ont été rendus dans les selles; elle en rend encore à présent de temps à autre. Variole et rougeole succéssivement l'été dernier.

Malade depuis quinze jours; depuis lors céphalalgie, toux fréquente, quintes ensuite avec douleur au bas de la poitrine; nausées suivies de vomissemens; ventre douloureux; selles régulières et naturelles.

Depuis cinq jours elle est plus souffrante; agitation la nuit, quintes plus répétées, oppression, soif vive, fièvre.

Le 9 avril, à la visite, point de douleur à la tête; langue couverte d'un enduit blanc jaunâtre; ventre indolent; une selle naturelle dans les vingt-quatre heures; toux par quintes, sans sifflement aigu terminal; râle muqueux des deux côtés du thorax en arrière; quelques bulles crépitantes

au sommet des deux poumons; pouls fréquent et développé (Infusion de fleurs de mauve, édulcorée avec sirop de gomme, julep gommeux, saignée de ℥ vj, pédiluves sinapisés, lavement, diète).

Le 10, 132 pulsations, deux selles liquides; même état d'ailleurs (Même prescription, sauf la saignée).

Le 11, 120 pulsations, râle bronchique sec très-abondant dans tout le côté droit (8 sangsues en arrière à droite).

Le 12, un peu moins de toux, râle crépitant disséminé à droite, râle muqueux à gauche, pouls fréquent, point d'évacuations alvines (trois ventouses scarifiées au côté droit, et une à gauche en arrière).

Le 13, même état; quintes plus rapprochées, le sifflement final n'existe pas; deux selles liquides (Gomme édulcorée, julep gommeux, demi lavement émollient, pédiluves, diète).

Le 14, quintes caractérisées par le sifflement et les nausées; à la suite, crachats muqueux filans peu abondans; même état de la respiration (Même prescription, une saignée de ℥iv le soir).

Le 15, le caillot de la saignée est dense, il y a peu de sérum. Après la saignée, il y a eu un vomissement; 128 pulsations; quintes toujours fréquentes, avec sifflement incomplet; langue rose et humide; plusieurs évacuations liquides (Julep gommeux, demi-lavement émollient édulcoré, julep, pédiluve sinapisé).

Le 16, même état, 128 pulsations (Même prescription, 6 sangsues à l'anus). Le soir, respiration précipitée, anxieuse, face pâle, extrémités froides, pouls petit et très-fréquent, râle crépitant sec à droite en arrière, expansion pulmonaire faible.

Le 17, même état, râle crépitant des deux côtés; les morsures des sangsues placées au dos sont ulcérées (Vésicatoire en arrière à droite de la poitrine).

Les 18, 19 et 20, le pouls reste à 128 pulsations; la respiration est toujours gênée et fréquente, la langue sale; le vésicatoire suppure beaucoup.

Le 21, 144 pulsations, toux fréquente avec quintes et sifflement prononcé à la fin, suivies d'éructations fatigantes; crachats rares, ventre indolent, diarrhée, même état de la poitrine.

Le 22, même état, ventre douloureux à la pression, soif vive.)8 sangsues sur le ventre).

Le 23, à 9 heures du matin, l'enfant est à l'agonie; les bras sont agités de mouvemens convulsifs, les yeux portés en haut roulent dans l'orbite, parfois la pupille change de forme et s'alonge de haut en bas; une écume blanchâtre remplit la bouche; le pouls est insensible, la respiration suspirieuse, les poignets sont fortement fléchis sur l'avant bras.

Morte à 11 heures.

Nécropsie le 24 avril. — *Tête.* — Les vaisseaux qui rampent à la surface du cerveau sont peu injectés, les méninges saines, la substance cérébrale de consistance et de coloration normales. Parties centrales plutôt fermes que molles; une cuillerée ordinaire de sérosité dans chaque ventricule latéral. Les nerfs pneumo-gastriques pris à leur origine, et suivis attentivement ainsi que le nerf récurseur, sont blancs à l'extérieur comme à l'intérieur, et paraissent à l'état sain.

Thorax. — Ganglions bronchiques un peu développés et tuberculeux; quelques-uns blancs et fermes extérieurement et intérieurement; d'autres, noirâtres à l'extérieur, contiennent au centre de la matière tuberculeuse dense et blanchâtre.

Sur la bronche droite en dehors et en avant, au point où elle se continue avec la trachée-artère, il existe un ganglion du volume d'une grosse noix; en l'incisant on trouve au centre de la matière tuberculeuse blanche ramollie, qui semble contenue dans un kyste qui n'est pas autre chose que le tissu du ganglion plus dense et d'un rouge pâle. Ce kyste, isolé des autres ganglions et dont les parois ont une ligne d'épaisseur, communique avec une perforation d'une ligne et demie de diamètre qui existe sur la bronche droite.

Dans cette ouverture se trouve de la matière tuberculeuse à demi fluide, qui fait saillie à l'intérieur de la bronche elle-même, dont la membrane muqueuse environnant la perforation offre une rougeur piquetée.

La membrane interne du larynx et de la trachée est pâle et recouverte de mucus blanchâtre adhérent. Les bronches contiennent des mucosités filantes; la membrane muqueuse offre une coloration rouge foncée; une sonde cannelée pénètre facilement jusqu'à l'extrémité des ramifications bronchiques qui semblent notablement dilatées.

Le lobe supérieur du poumon droit est blanchâtre, décoloré et sain; le lobe moyen, d'un tissu blanc, grisâtre, dense, offre en divers points de son tissu des portions plus dures, d'un rose pâle, et en quelque sorte chroniquement hépatisées; en dehors et au sommet du lobe inférieur, on voit une espèce de dépression de la largeur d'un pouce, dont le centre plus enfoncé, après avoir été incisé, présente un kyste à parois celluleuses d'une demi-ligne d'épaisseur, du volume d'une aveline, contenant une matière d'un blanc jaune liquide. Autour de ce kyste, le tissu pulmonaire est rouge et bien crépitant. Ce lobe, quoique moins décoloré que le supérieur, paraît sain néanmoins.

Le lobe supérieur du poumon gauche offre un tissu rougeâtre bien crépitant, excepté à la base, vers le bord libre, où l'on remarque quatre points, d'un pouce d'étendue chacun, où le tissu est hépatisé ou rouge. Le lobe inférieur assez rouge surnage et n'est point engoué. La cavité des plèvres, saines d'ailleurs, ne contient point de sérosité.

On trouve une cuillerée de sérosité limpide dans le péricarde; les parois du ventricule gauche sont épaissies; la cavité petite, l'épaisseur relative avec les parois du ventricule droit est comme 3 et demi est à 1; on rencontre des caillots fibrineux blancs dans les cavités droites.

Abdomen. Ganglions mésentériques sains, peu dévelop-

pés. Quelques mucosités adhèrent à la membrane interne de l'œsophage, qui est pâle.

Estomac distendu, membrane muqueuse généralement pâle; vers le grand cul de sac trois ou quatre bandes blanches de 3 lignes de largeur et de 1 à 3 pouces de longueur, et sur ces bandes la membrane interne est amincie, ramollie et manque en partie. Sur la paroi postérieure du grand cul de sac, existe un ramollissement gélatiniforme dans l'étendue de deux pouces, comprenant toute l'épaisseur des parois gastriques; la plus legère distension produit deux perforations artificielles séparées par une bande gélatineuse transparente. Vers la portion pylorique de l'estomac la muqueuse paraît moins ramollie, mais elle est généralement mince et recouverte d'un mucus épais disposé par couches comme gélatineuses.

Le duodénum offre à sa face interne des points noirs. Dans les deux derniers tiers de l'intestin grèle les plaques de Peyer sont rouges et saillantes; les follicules isolés sont très-développés. Les valvules inférieures du gros intestin sont colorées en rouge.

Foie gorgé de sang; bile noire et poisseuse dans la vésicule. 12 tubercules pisiformes ou lenticulaires dans la rate, dont le tissu est très-dense.

Le reste sain.

XII.ᵉ *Obs. — Coqueluche; diarrhée; pneumonie partielle; laryngite. — Tubercules pulmonaires et bronchiques. Hépatisation à droite et à gauche.* — Grosset, âgé de cinq ans, cheveux bruns, cils longs, teint frais, a eu la variole à deux ans (non vacciné); habituellement bien portant, mais s'enrhumant facilement; son frère a la coqueluche depuis un mois et demi. Quant à lui, après avoir toussé pendant quinze jours, il lui est survenu des quintes comme son frère, suivies quelquefois de vomissemens, et accompagnés de sifflement. Entrée à l'hôpital le 19 novembre 1827. Depuis quatre jours il a le dévoiement.

Le 20 novembre, à la visite, face un peu animée, quelques quintes de toux, avec sifflement à la fin, pendant la nuit; respiration peu gênée; râle muqueux et sous-crépitant peu abondant des deux côtés du thorax en arrière; 76 pulsations; peau fraîche; langue un peu rouge au pourtour, nette et humide partout; ventre indolent; deux ou trois selles liquides jaunâtres. (Gom. éd., j. g., demi-lav. émol.; diète.).

Le 21, la diarrhée est plus forte, les quintes sont rares (6 sangsues à l'anus, demi-lav. d'amidon et tête de pavot).

Le 22, une selle liquide, quelques quintes peu prolongées.

Le 24, la toux est sèche et a lieu par quintes pénibles, mais courtes; l'enfant se plaint de souffrir au-devant du cou; la voix est enrouée (6 sangsues au-d. du larynx).

Le 25, même état, 76 pulsations un peu inégales, toux rare.

Le 30, toux fréquente et sèche, presque sans quintes; râle muqueux en avant à gauche, sous-crépitant en arrière à droite; écoulement purulent par l'oreille gauche; douleur à la gorge (Vésicatoire au-devant de la poitrine).

Le 2 décembre, 124 pulsations; même état de la poitrine; de temps en temps une quinte, mais le plus ordinairement toux sèche, aiguë et fatigante; la diarrhée n'existe plus (saignée de ℥vj).

Le 3, sérum abondant, caillot mou, recouvert d'une légère couenne grisâtre. Ce matin, respiration courte et fréquente; anxiété qui augmente rapidement; refroidissement; pâleur de la face; raideur des extrémités supérieures; pouls insensible. Mort à huit heures et demie, après une demi-heure d'agonie seulement. On n'avait rien remarqué auparavant. Il n'y a pas eu de convulsions des muscles de la face.

Nécropsie faite le 4 décembre, à neuf heures et demie du matin, vingt-deux heures environ après la mort. — *Tête.* — Sérosité violacée infiltrée dans le tissu sous-arachnoïdien. Vaisseaux superficiels non injectés. Rien à la base d'anormal. Moelle épinière non examinée.

La membrane muqueuse du larynx est rouge surtout dans les ventricules. Trachée-artère et bronches saines. Ganglions bronchiques brunâtres; en avant des bronches droites ils sont convertis en substance tuberculeuse crue.

Thorax. — Au sommet du poumon droit, libre d'adhérence, et dans l'étendue d'un pouce en tous sens, le tissu est engoué et offre six petits tubercules miliaires. Le lobe moyen, dans son tiers antérieur, est grisâtre, flasque; il précipite au fond de l'eau, on le déchire avec peine, on en exprime par la pression une sanie rougeâtre, puriforme, sans fétidité. Lobe inférieur engoué. Les dernières divisions bronchiques sont d'un rouge violacé.

Le lobe supérieur gauche adhère au sommet avec la plèvre costale dans l'étendue de deux pouces et demi. Le tissu est dur et brunâtre. Au centre de ce lobe existe une excavation pouvant contenir une noix, et pleine de matière tuberculeuse ramollie. Cette cavité communique avec les bronches. Le lobe inférieur est fortement engoué. Les dernières divisions bronchiques rouges-brunes.

Aorte un peu rosée à l'intérieur. Cœur un peu mou, de volume ordinaire; cavités libres.

Abdomen. — Ganglions mésentériques pâles, peu développés.

La membrane muqueuse de l'estomac est tapissée de mucus épais. Ses rides sont très-prononcées, sa couleur est pâle, sa consistance et son épaisseur normales. Membrane muqueuse de l'intestin grèle généralement blanche. Quelques follicules de Brunner hypertrophiés vers la fin de l'intestin iléon, qui renferme des matières verdâtres. Dans le gros intestin, matières solides, membrane muqueuse pâle, follicules assez saillans.

Foie d'un gris pâle, bile brune; les autres organes sains.

(*La suite au prochain Numéro.*)

MÉDECINE ÉTRANGÈRE.

Clinique de l'hôpital ophthalmologique de Birmingham; par le professeur Middlemore. (Extrait.)

Le professeur Middlemore a publié dans les *Transactions provinciales*, un compte rendu de la clinique de cet hôpital, du 1.er mars au 31 décembre 1832. Un extrait de ce travail intéressant se trouve dans la *Revue médico-chirurgicale* du docteur Johnson, cahier de juillet 1833. L'auteur anglais donne d'abord le chiffre des diverses maladies des yeux qui se sont présentées à la clinique pendant l'intervalle indiqué ci-dessus; ce relevé est de la plus haute importance pour ceux qui désirent établir la fréquence relative des affections oculaires. On verra que, pour l'hôpital de Birmingham, les affections scrofuleuses sont en nombre remarquable.

La simple conjonctivite aiguë s'est présentée 186 fois; la conjonctivite chronique, 79. Conjonctivite aiguë avec pustules sur la conjonctive, 90. Conjonctivite aiguë avec pustules ou ulcérations de la cornée, 129. Conjonctivite aiguë avec sécrétion puriforme, 61. Conjonctivite purulente des enfans nouveau-nés, 32. Conjonctivite scrofuleuse, 53. Ptérygion, 5. Cornéite, 12. Vascularité de la cornée, 20. Opacité de la cornée, 99. Conicité de la cornée, 3. Staphylome de la cornée, 13. Corps étrangers implantés dans la cornée, 13. Simple sclérotite aiguë, 7. Sclérotite rhumatismale, 11. Staphylome de la sclérotique, 3. Affections de la membrane de l'humeur aqueuse, 10. Simple iritis aiguë, avec ou sans ulcération ou opacité de la cornée, onyx ou hypopion, 59. Iritis chronique, 16. Iritis syphilitique, 4. Iritis scrofuleuse, 8. Prolapsus de l'iris, 8. Fungus de l'iris, 8. Cataracte, 17. Déplacement du

crystallin, 4. Choroïdite, 4. Rétinite, 3. Glaucôme, 5. Hydrophthalmie, 2. Amauroses de diverses espèces et à des degrés variés, 63. Maladies des voies lacrymales, 29. Epiphora, 7. Strabisme, 14. Tinea, 103. Lippitude, 14. Orgeolet, 5. Ectropion, 2. Entropion, 7. Inflammation des paupières, 19. Œdème des paupières, 5. Nœvus de la paupière, 3. Ptosis, 3. Adhérence de la paupière au globe oculaire, 4. Tumeurs dans les paupières, 11. Suppuration du globe oculaire, 7. Fungus du globe oculaire, 2. Plaies de l'œil et de ses dépendances, 31. Maladies des os de l'orbite, de diverses espèces, 2.

Pustule variolique de la cornée. — Le professeur Middlemore fait observer qu'il se passe à peine une semaine sans qu'il observe un ou plusieurs enfans dont la vue a été plus ou moins lésée par la variole. Les enfans affectés de variole sont sujets à la formation d'une pustule dans la cornée, dont le développement peut coïncider avec celui des pustules de la peau ou des membranes muqueuses, ou qui peut apparaître lorsque les symptômes de la maladie s'effacent du côté du système cutané. Aussi ce professeur recommande-t-il d'observer avec attention l'état des yeux pendant la variole, surtout vers son début; car, quoiqu'il arrive souvent qu'il n'y ait que simple conjonctivite, on peut également voir se développer cette fâcheuse pustule.

D'après le professeur anglais, il paraît que cette pustule se forme et est vue d'abord dans la portion de la conjonctive qui recouvre la cornée, et se présente au début sous la forme d'une petite tache nuageuse; la cornée s'enflamme dans une grande étendue; ses espaces interlamellaires sont occupés par une matière comme glutineuse. Cette matière est sécrétée en grande quantité, et constitue une tache circulaire opaque, plus ou moins large; la compression qu'elle exerce détermine l'absorption du tissu lamelleux propre de la cornée, qui, affaibli déjà par la présence de

l'inflammation, ne tarde point à céder ; dans les cas graves la cornée s'ulcère, et il se produit un staphylôme.

Aussitôt qu'une ou plusieurs pustules semblent vouloir se développer sur la cornée, le docteur Middlemore instille le vin d'opium dans l'œil, et il attribue à ce médicament la propriété d'empêcher le développement complet de la maladie.

Conicité de la cornée (conical cornea). — Une jeune femme fut envoyée au docteur Middlemore avec cette maladie. L'œil droit paraissait parfaitement sain, et n'était point affecté de myopie. La cornée de l'œil gauche était d'une belle transparence (*beautifully transparent*), et la portion de cet organe qui se projetait en avant avait une apparence crystalline éblouissante (*dazzling*); son sommet était légèrement aplati et comme usé, mais pas du tout opaque. La vue, de ce côté, était devenue graduellement trouble et *éblouie;* quand la malade regardait avec cet œil seul, les objets lui paraissaient multiples. Elle n'avait presque aucune douleur, aucun mal-aise dans le globe oculaire. Elle avait éprouvé, quelque temps avant sa consultation, une éruption vésiculaire sur diverses parties du corps, mais du reste sa santé était bonne. Elle n'avait jamais eu aucune inflammation grave, ni aucune lésion de l'œil, mais *elle s'était livrée avec persévérance à des coutures très-fines, aux lumières.*

Le traitement adopté fut le suivant : application d'un vésicatoire deux fois par semaine, tantôt à la tempe, tantôt au-dessus du sourcil, du côté malade; faire usage d'une faible solution de nitrate d'argent tous les soirs, régime sévère, entretenir le ventre libre, et mettre l'œil à un repos complet.

Le docteur Middlemore a essayé une fois, mais sans succès, le traitement recommandé par le docteur Guthrie, qui consiste dans les émétiques et les purgatifs. Il se propose de renouveler ses essais, mais il pense que ces médicamens

ne peuvent plus avoir d'avantages lorsque la maladie est avancée. Il lui est arrivé quelquefois d'arrêter les progrès de cette affection par un séton à la tempe.

Quinquina dans les affections scrofuleuses de l'œil. — L'auteur anglais a déjà signalé l'utilité du sulfate de quinine dans l'inflammation scrofuleuse de la cornée, de l'iris et de la membrane de l'humeur aqueuse, quand cette inflammation coïncide avec certains symptômes constitutionnels. Ce travail a été publié dans le *Middland reporter*. Depuis ce temps, le docteur Guthrie, ou l'un de ses élèves, a fait connaître, par la voie de la *Revue médico-chirurgicale*, que l'emploi de ce médicament n'avait pas obtenu les mêmes succès à l'hôpital ophthalmologique de Westminster. Cependant le docteur Middlemore insiste sur sa première assertion, et soutient que cette substance convenablement administrée produit les meilleurs effets. Il est toutefois difficile d'admettre que le quinquina jouisse d'une propriété spécifique dans les maladies scrofuleuses de l'œil; il est plus probable qu'il agit à la manière des autres toniques. Du reste, ce professeur réclame pour lui la priorité de cette médication.

Hydrophthalmie. —Sarah Miller était affectée d'hydropisie de l'œil, dépendant en apparence d'une augmentation de l'humeur aqueuse et de l'humeur vitrée. On avait employé envain divers médicamens, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur. Comme la douleur et la tension étaient extrêmes, le docteur Middlemore pratiqua la ponctiou du globe de l'œil, mais avec une amélioration temporaire. C'est pourquoi il enleva au centre de la cornée une portion de cet organe ayant un diamètre à-peu-près égal à celui de la section d'un petit pois. Aussitôt l'humeur aqueuse et le crystallin furent poussés avec force à travers l'ouverture artificielle, et la douleur disparut. Il paraît toutefois que cette opération n'offre pas beaucoup plus d'avantage que la simple ponction, car la douleur s'est fait sentir de nouveau, légère-

ment il est vrai, dès que la plaie fut guérie; le docteur Middlemore lui-même craint d'être obligé de recourir une autre fois à la même opération. Voici du reste les réflexions de l'auteur anglais, à ce sujet :

« Dans cette circonstance, dit-il, je sentais toute l'utilité de l'ablation d'une large portion de la cornée, mais j'avais aussi présentes à l'esprit les objections qu'on pouvait opposer à cette opération étendue. Quelquefois la résection d'une mediocre partie de la cornée (Celse dit : *ad lenticulæ magnitudinem*), suffit pour opérer la guérison de la maladie, et il est bon d'essayer cette pratique d'abord, car j'ai vu la résection d'une portion étendue, quand l'œil a été très-distendu par l'hydrophthalmie, s'accompagner de symptômes d'une grande gravité. L'excision de la cornée ne fait que détruire une partie de la surface sécrétante, et cependant elle est souvent suivie de la guérison de la maladie (si l'on peut regarder comme une guérison la cessation de la distension douloureuse de l'œil), quoique les cloisons de la membrane hyaloïde subsistent, et conservent, comme je le suppose, leur puissance de sécrétion.

» En recommandant cette opération, il est entendu que je suppose des cas où la maladie ne peut être guérie ni par les émissions sanguines, ni par les révulsifs cutanés, ni par les évacuans. La coïncidence de l'hydropisie du globe de l'œil avec celle des autres parties du corps est tellement rare, que plusieurs des praticiens les plus âgés et les plus répandus de cette ville (Birmingham), m'ont assuré n'avoir jamais rencontré les deux maladies réunies.

» Je ne recommande l'excision de la cornée que lorsqu'on a expérimenté les effets de la ponction; lorsque cette dernière opération a été pratiquée sans avantage plusieurs fois, je n'hésite point à regarder l'excision de la cornée comme de beaucoup préférable à la pratique qui consiste à percer l'œil, comme cela est arrivé quelquefois, quarante ou cinquante fois, à un certain intervalle.

» Lorsque la cornée a été excisée, la matière de nouvelle formation qui coule des bords de la division est quelquefois projetée en avant par les parties contenues dans l'œil; ce phénomène a lieu avant qu'elle n'ait acquis une fermeté suffisante pour résister à cette pression de dedans en dehors. Le résultat de cette projection de la matière destinée à la réparation de la plaie, est fréquemment la production d'un staphylome. Pour prévenir cette circonstance fâcheuse, j'ai recommandé, aussitôt après qu'on a enlevé la portion centrale de la cornée (de manière à former une ouverture oblongue horizontalement), de réunir les bords de la division par le moyen d'une suture fine, qui ne doit être retirée que lorsque l'agglomération est solide, ce qui peut avoir lieu dans l'espace de quatre ou cinq jours. Cette pratique a été employée avec le plus grand succès, d'après mon avis, sur l'œil d'un homme qui était affecté d'un staphylome volumineux, et qui ne put rester à Birmingham pour être opéré par moi-même. »

Emploi de la strychnine dans l'amaurose. — Le mémoire du docteur Middlemore est terminé par quelques remarques sur l'emploi de la strychnine dans l'amaurose, et il cite un fait à l'appui. Il observe que quoique les avantages de cette médication soient bien connus et bien évidens, cependant plusieurs praticiens éprouvent une étrange répugnance à l'adopter. Cette répugnance existe certainement; mais les avantages de ce mode de traitement sont-ils aussi réels qu'il le prétend? Le docteur Johnson a vu employer la strychnine dans plusieurs cas d'amaurose, et jamais à sa connaissance elle n'a produit de bien, ou du moins de bien permanent. Mais ce médicament n'a pas toujours été seulement inutile, dans deux ou trois cas il a déterminé des symptômes fâcheux. Un grand nombre de praticiens partagent cette opinion, et ce qui prouve que la strychnine n'est pas aussi avantageuse qu'il est dit ci-dessus, c'est qu'elle a été expérimentée dans plusieurs établisse-

mens en Angleterre, et que dans tous ces endroits on y a à-peu-près renoncé. Cependant si d'un côté l'on doit être lent à admettre les médications nouvelles, d'un autre côté il faut bien se garder de les rejeter sans les avoir soumises à une expérimentation longue et judicieuse, car il serait fâcheux de limiter, par trop de dédain, les ressources médicales contre une maladie si grave et si rebelle aux médications les plus énergiques. Nous croyons donc devoir transcrire l'observation fournie par le docteur Middlemore, afin d'attirer l'attention des médecins sur ce sujet important :

« E. H., âgé de 35 ans, était affecté d'amaurose à un tel point, qu'il ne pouvait distinguer que les variations subites et très-tranchées de lumière. Les yeux étaient colorés en noir, les pupilles larges, l'iris sain, mais paresseux (*sluggish*). Cet homme avait travaillé *presque toute sa vie à une forge dont le feu était toujours très-vif.* Il était pâle, peu robuste, et dans un état de santé générale assez satisfaisant. Après avoir fait administrer un purgatif drastique, le docteur Middlemore fit placer un vésicatoire au-dessus de chaque sourcil, et saupoudra chaque jour le derme dénudé avec un sixième de grain de strychnine; cette dose fut élevée progressivement jurqu'à deux grains. Dans l'espace de quelques semaines, l'état de sa vue s'améliora d'une manière notable, mais il s'ennuya du séjour de l'hôpital, et se contenta de venir aux pansemens. Il n'était certainement pas guéri, mais il pouvait voir passablement bien pendant une heure ou deux par jour, et pouvait se diriger dans les rues sans son guide habituel. Il recommença alors l'usage de la strychnine, et sa vue s'améliora encore; mais le traitement lui paraissant trop pénible, il l'interrompit de nouveau. Enfin, quelque temps après, il vint à l'hôpital, et y demeura environ six semaines. Ce séjour lui fut peu utile; toutefois, sa vue est assez bien rétablie pour qu'il puisse exécuter lui-même plusieurs choses peu délicates. »

Dans cette observation, le médicament est loin d'avoir eu un succès complet; il est vrai que le malade ne fut pas docile, mais on pourrait contester que l'application de la strychnine ait été pour quelque chose dans l'amélioration de sa vue; ce changement utile, mais peu prononcé, n'aurait-il pas pu également être opéré par une simple irritation du derme à l'aide d'un vésicatoire ou d'un moyen plus violent? Cependant le sujet est assez intéressant pour qu'on ne se presse pas de formuler un jugement, et pour qu'on sollicite des expériences nombreuses et surtout plus décisives. G. R.

Restauration de la vue dans les cas de staphylôme et d'opacité incurable de la cornée (1).

Tel est le titre d'un mémoire extrêmement recommandable qui a été inséré par le docteur Nimmo, dans le journal de médecine de Glascow. L'auteur s'est efforcé de donner une juste idée de chacun des procédés préconisés par les chirurgiens allemands, et de les réduire à leur juste valeur. Ces procédés opératoires sont au nombre de trois: le premier consiste dans l'excision d'une portion de l'iris adhérente à la face postérieure de la cornée, dans le staphylôme; le second, dans la formation d'une pupille artificielle dans la sclérotique; le troisième, dans l'ablation de la cornée opaque, en lui substituant une cornée transparente, prise chez un des animaux des classes inférieures.

Le docteur Ammon, de Dresde, fut amené par quelques considérations qu'il serait trop long de rapporter, à proposer la première opération dans les cas de staphylôme. Au moyen d'un crochet introduit dans l'œil à travers une ouverture pratiquée dans la cornée ou la sclérotique, à quel-

(1) Glascow Med. Journal, vol. 1.

que distance de la partie la plus transparente de la cornée, il proposait de séparer de la cornée une portion plus ou moins grande de l'iris, et de permettre ainsi au malade, sinon de voir, du moins de distinguer mieux la lumière. Il en fit l'essai chez un sujet seulement, mais il se développa une inflammation chronique qui rendit l'opacité plus forte qu'auparavant. Le docteur Nimmo cite un autre cas dans lequel l'opération n'eût un résultat ni heureux, ni fâcheux.

Cependant, à ces tentatives si peu nombreuses, l'auteur en ajoute une qui est propre à encourager de nouveaux essais de ce genre. Archibald Gilchrist, âgé de 19 ans, fut admis à l'hôpital ophthalmologique de Glascow, le 12 novembre 1832. Il avait eu la variole environ sept ans auparavant, et depuis ce moment sa vue était complètement détruite et ne lui permettait que de distinguer le jour de l'obscurité. L'œil droit était entièrement désorganisé, tandis que la cornée transparente de l'œil gauche était à l'état de staphylôme. Cette cornée était blanche et opaque dans les trois quarts de sa surface, une petite portion du côté supérieur et vers le nez, conservait une demi-transparence, ce qui permettait d'apercevoir l'iris qui était en contact avec la face postérieure de la cornée, et lui adhérait probablement. Ce cas paraissait ne pouvoir offrir aucun espoir; cependant il fut décidé qu'on tenterait d'améliorer un peu l'état du malade, en enlevant de derrière la portion la plus transparente de la cornée, la plus grande quantité d'iris que l'on pourrait. Une petite incision fut faite à la partie inférieure de la cornée; on introduisit par cette ouverture un crochet avec lequel on essaya de lacérer et d'enlever la portion d'iris indiquée ci-dessus. Elle était solidement adhérente à la cornée, et l'on ne put guère savoir combien il en fut séparé, car il se fit un léger écoulement de sang, qui déroba les parties à la vue. L'opération ne fut suivie d'aucun accident; la plaie de la cornée se guérit rapide-

ment, et le malade se plaignit seulement d'un peu de douleur pendant un jour ou deux. Pour faciliter l'absorption des fragmens d'iris lacérés, on administra la teinture d'iode jusqu'à la dose de trente gouttes par jour; et après que l'irritation déterminée par l'opération eut cessé, on instilla la solution de nitrate d'argent dans l'œil, une fois par jour, afin de rendre la cornée plus diaphane. Le malade ne tarda pas beaucoup à quitter l'hôpital. L'endroit où l'on avait lacéré l'iris était encore opaque, et présentait une surface foncée et inégale. La vue n'était point rendue au malade, mais il trouvait que la perception de la lumière était augmentée. On lui conseilla de continuer pendant quelque temps la même médication, et le docteur Nimmo pense qu'il peut par la suite se produire quelque amélioration. Quoi qu'il en soit, cette opération n'étant point applicable aux staphylomes coniques et racémiformes, on doit en attendre peu d'avantages.

Le second procédé opératoire, l'excision d'une portion de la sclérotique, fut conseillé dans le principe par Autenrieth l'ancien, qui le mit à exécution sur des chats, avec l'apparence d'un succès remarquable. Mais, comme il tuait ces animaux le quatorzième jour, il ne pouvait guère juger du résultat de son opération dans un si petit intervalle. Le docteur Müller, alors chirurgien de l'hôpital ophthalmologique de Reusberg, fut le premier qui pratiqua cette opération chez l'homme. Le malade était un soldat qui, à la suite de l'ophthalmie égyptienne, avait la cornée du côté gauche *staphylomateuse*, et celle du côté droit entièrement *leucomateuse*. L'opération n'eut aucun succès, une membrane blanche opaque se forma graduellement dans la plaie; et le patient redevint aussi aveugle qu'auparavant. De semblables essais ont été tentés sans succès par Beer, Himly et Guthrie. Le docteur Ammon a essayé plusieurs fois de rendre la vue par ce moyen; M. Nimmo a extrait trois observations de son ouvrage. Deux de ces observations

suffiront pour donner une idée des difficultés de l'opération et des résultats qu'on en doit attendre.

Obs. I.re — Le 18 septembre 1829, le docteur Ammon fit son premier essai de formation d'une pupille artificielle dans la sclérotique, en présence des docteurs Martini, de Lubeck, Dieffenbach, de Berlin, Hedenus et Hille, de Dresde. Le malade était un garçon de 13 ans, qui avait perdu la vue peu de temps après sa naissance, de l'ophtalmie des nouveaux nés. La cornée de l'œil droit était *staphylomateuse*, celle de l'œil gauche était rendue opaque par un *leucoma* général, qui lui laissait à peine distinguer la lumière. Comme on pouvait concevoir la possibilité d'améliorer son état, et qu'il n'y avait aucun danger de le rendre pire, on se décida à pratiquer une pupille artificielle dans la sclérotique de l'œil gauche. La paupière supérieure étant soulevée par un aide, et le globe de l'œil étant fixé au moyen d'un petit crochet enfoncé à travers la conjonctive près du bord de la cornée, une incision semi-circulaire fut faite avec un couteau à cataracte dans la conjonctive, près du bord temporal de la cornée. Le lambeau fut disséqué en arrière avec des ciseaux courbes, et l'hémorrhagie, qui fut considérable, fut arrêtée par l'application fréquemment répétée d'eau froide. Le lambeau de la conjonctive fut soutenu par un aide avec une paire de pinces très-fines; alors, le docteur Ammon prit un bistouri étroit qu'il appelle *sclérotôme*, et l'enfonçant dans la sclérotique, près de la base du lambeau, il le dirigea en dehors à la distance de quatre ou cinq lignes, et le tourna en bas, de manière à former un lambeau. En cet instant, le malade fit de violens efforts pour se dégager, l'œil se détacha du crochet, le crystallin et une grande quantité de l'humeur vitrée s'échappèrent par la plaie, et le globe de l'œil s'affaissa. Le lambeau de la sclérotique, qui venait d'être formé, fut alors enlevé avec des ciseaux, et présenta, à sa

surface interne, une portion de la membrane choroïde. L'hémorrhagie consécutive ne fut pas très-abondante, mais elle dura long-temps, et elle céda, à la longue, aux applications refrigérentes qui furent prescrites pour prévenir une réaction violente. Aucune inflammation ne suivit cette opération. Le lendemain, l'œil n'était plus affaissé; il se trouvait de nouveau distendu par les humeurs qui y sont contenues. Les bords de l'ouverture artificielle étaient un peu retournés en dedans, et le lambeau de la conjonctive s'était rétréci de manière à laisser à découvert une grande partie de cette ouverture. Autour de la plaie de la conjonctive, il y avait une ecchymose considérable. Cinq jours après l'opération, les bords de la plaie commencèrent à suppurer, et l'ouverture prit une forme alongée et étroite, au lieu de sa forme quadrangulaire primitive. On put facilement introduire une sonde d'argent d'un petit calibre dans la plaie; cette introduction fit éprouver une sensation désagréable au malade, et quand on retira l'instrument, il s'écoula une petite quantité d'un liquide clair, suivi de quelques gouttes de sang. Avant cette circonstance, le malade pouvait distinguer un corps volumineux placé devant lui. Il pouvait aussi apercevoir les mouvemens d'une main qu'on agitait devant ses yeux, sans pouvoir en distinguer la forme. Le lambeau de la conjonctive s'était retiré entièrement, et ne recouvrait plus du tout l'ouverture. De ce moment, la plaie se contracta graduellement; une membrane fine, qui devint blanche et opaque, la remplit, et au bout d'un an, l'état de l'œil était le suivant: le globe oculaire était moins gros qu'avant l'opération, la diminution de grosseur semblait avoir porté surtout sur la partie supérieure. L'endroit où l'opération avait été pratiquée, présentait une cicatrice alongée, d'un aspect ordinaire, couverte par la conjonctive. Il n'y avait aucune injection insolite dans le voisinage de la cicatrice. La sensibilité de l'œil à l'action de la lumière n'était ni accrue ni diminuée.

Obs. II.e — Le sujet de cette observation est un jeune homme de 19 ans dont les yeux étaient affectés de staphylôme conique de la cornée, à la suite d'une ophthalmie *puro-muqueuse* (puro-mucous) qu'il avait eue dans son enfance. Il n'est pas nécessaire de décrire l'opération qui fut presque entièrement semblable à la précédente. Aussitôt après l'opération, le malade eut une perception distincte de la lumière; l'hémorrhagie fut facilement arrêtée, et le lambeau de la conjonctive promptement ramené sur l'ouvertude de la sclérotique. On fit usage d'applications réfrigérentes et il ne survint d'inflammation ni dans le globe de l'œil, ni dans les paupières. Le lendemain on aperçut un prolapsus de l'humeur vitrée, qui était claire et transparente. Le lambeau de la conjonctive s'était retourné en haut et s'était retiré à la partie supérieure de l'ouverture. Au bout de quelques jours la portion herniée d'humeur vitrée commença à perdre sa transparence, elle était recouverte par une membrane mince, blanche, où l'on voyait serpenter de petits vaisseaux. Elle devint graduellement de plus en plus opaque, et devint continue avec la conjonctive, tandis que les humeurs du globe de l'œil, la poussant du dedans au dehors, lui donnèrent beaucoup de ressemblance avec un staphylome de la choroïde. L'œil est resté dans cet état; la perception de la lumière est considérablement augmentée, d'après l'assertion du malade, qui a manifesté très-souvent le désir que la même opération fût faite sur l'autre œil.

Un autre cas, où l'opération fut faite par le professeur Ulmann de Marbourg, est rapporté dans le second volume du *Zeitschrift für die ophthalmologie* (Gazette ophthalmologique), du docteur Ammon, page 123. Le résultat fut le même que dans les cas qui précèdent.

Peu de malades voudront se soumettre à une opération qui offre si peu de chances de succès. Cependant on a essayé d'y apporter une modification ayant pour but d'ob-

tenir une cicatrice transparente de la sclérotique. Le docteur Ammon a proposé d'enlever une portion de la sclérotique en arrière, de manière à ce que la conjonctive ne soit pas entamée dans l'endroit correspondant à la pupille artificielle. Il pense que cela peut être fait avec une aiguille à bord tranchant, que l'on introduirait à quelque distance de l'endroit où l'on veut faire l'ouverture, et en ayant soin d'éviter de couper la conjonctive. Suivant le docteur Nimmo, cette opération n'a jamais été pratiquée.

Le docteur Wurzer, professeur de chirurgie à Bonn, a proposé une autre modification. Elle consiste à faire l'ouverture pupillaire artificielle de la manière premièrement indiquée, à détacher une lame mince de la surface de la cornée à l'endroit où elle est le plus transparente, et, ne la laissant attachée que par un pédicule, à la retourner comme dans la rhinoplastie, pour l'adapter à l'ouverture de la sclérotique, et enfin à la fixer en place à l'aide d'une fine suture, dans l'espoir qu'elle y contractera des adhérences et qu'elle restera transparente. Le docteur Nimmo ne pense pas non plus qu'une pareille tentative ait jamais été faite, et cette opération semble promettre des résultats plus avantageux.

La troisième opération, qui a été proposée pour remédier à l'opacité de la cornée, est son ablation et la transplantation de la cornée transparente d'un animal de classe inférieure à sa place. Elle a été imaginée par Reisinger, n'a jamais été tentée sur l'homme, et a toujours échoué sur les animaux. Le docteur Dieffenbach, craignant que la cornée transplantée ne s'unisse pas, conseille de modifier cette opération. Il laisse la cornée intacte d'abord, pratique une incision circulaire autour d'elle dans la conjonctive, adapte à cette incision la cornée transparente d'un cochon, et l'y assujettit par une suture. Si des adhérences solides se forment, il fait dans la cornée artificielle une incision, à travers laquelle il fait sortir une portion de la cornée opaque à l'aide du couteau et des ciseaux.

Cette dernière opération serait fort belle s'il était prouvé que l'adhérence de la nouvelle cornée peut s'effectuer; c'est un sujet intéressant d'expérimentations. G. R.

Des anomalies de structure et des maladies du thymus; *par* Fr. Chr. Haugsted, *D. M.* (IIe article.)

Chap. VI. *Du squirrhe et des tubercules.* — Malgré l'assertion de beaucoup d'écrivains et le titre donné à un bon nombre d'observations de maladies organiques du thymus, j'ai peine à me persuader qu'on ait jamais observé l'affection vraiment squirrheuse de cet organe. Ce nom de *squirrhe* était si vague autrefois qu'on l'appliquait presque à toute sorte d'induration quelle qu'en fût la nature; aussi ne saurait-on adopter l'assertion des auteurs qui disent avoir vu le thymus squirrheux sans fournir à l'appui la description exacte de ce qu'ils ont observé, celle de Haller, par exemple, qui dit: « Souvent en même temps que les autres glandes conglobées, le thymus se tuméfie et devient *squirrheux* (1). » et ailleurs: « il devient *squirrheux*, comme je l'ai vu, et d'autres aussi. (2) Quant aux observations de ceux qui ne se bornent pas à une simple dénomination de la maladie et qui ont pris soin d'en donner une description quelconque (3), en considérant le caractère de la tumeur, on est disposé à les rapporter pour la plupart à l'affection tuberculeuse (4); et c'est en traitant de cette dernière que je les rapporterai, afin d'éviter des répétitions inutiles.

Chez les enfans scrofuleux, le thymus, renfermant un

---

(1) Haller, *Opus pathol.*, obs. 45.

(2) *Elementa physiologiæ.* T. III, p. 118.

(3) Comme celles rapportées par Lieutaud, *Hist. anat. med.* T. II, p. 90, obs. 761 : et p. 118, etc., obs. 851.

(4) Heister, *Compend. anat.* Nuremberg, 1749, p. 114, *in not.* — Welse, *De quibusdam machinæ humanæ extraordinariis.*

nombre plus ou moins considérable de tubercules, participe à des degrés divers à l'affection strumeuse. Sa substance est plus dense, plus résistante que dans l'état sain, et toute trace de cellules y disparait. Sous ce rapport le thymus ne diffère en rien des autres glandes conglobées ou conglomerées, les symptômes sont ordinairement les mêmes qui accompagnent en général tout accroissement anormal du volume de l'organe.

Les cas de tubercules du thymus sont trop nombreux pour être tous rappelés ici; mais pour bien faire connaître les caractères de la maladie, par le rapprochement des descriptions variées des formes diverses qu'elle peut présenter, il convient de rapporter un certain nombre d'exemples d'affection tuberculeuse de cet organe, publiés par les anatomistes sous les noms divers de squirrhe, abcès, scrofules ou tubercules du thymus.

M. Cruveilhier (1) a vu le thymus d'un jeune enfant rempli de tubercules suppurés, comme sont les poumons dans le dernier degré de la phthisie tuberculeuse.

Portal (2) a rencontré fort souvent chez les rachitiques des tubercules dans le thymus et le mediastin.

Dans le cadavre d'un enfant mort d'affection scrofuleuse, Lieutaud (3) trouva, outre les lésions accoutumées des viscères abdominaux, les poumons squirrheux, tuberculeux, fournis d'une enveloppe très-épaisse et comme calleuse, et le thymus d'un volume considérable et squirrheux.

Un homme de 35 ans, d'une constitution grêle, d'un tempérament mélancolique, se plaignait d'une gène dans la poitrine et d'une toux rare. Une fièvre lente survint, perte d'appétit, amaigrissement. Dans cet état il fut pris de dou-

---

(1) Cruveilhier; *Essai sur l'anatomie pathologique*. Paris, 1816. T. II, p. 114.

(2) Portal, *sur le Rachitisme*. Paris, 1797, in-8.°, p. 260.

(3) Lieutaud, *Hist. anatomico-medica*, *ed.* Portal., Paris, 1797,

leurs à la tête et au dos, et d'insomnie opiniâtre; la difficulté de respirer augmente, la fièvre s'exaspère, il survient un dévoiement que rien ne peut arrêter, enfin mort dans le marasme. A l'ouverture de la poitrine, on trouva les poumons livides et squirrheux; le thymus était le siège de lesions à peu-près pareilles. Le cœur était sec et remarquablement contracté sur lui-même (1).

Lieutaud (2) rapporte encore un autre cas analogue. Un jeune homme de 20 ans, à la suite d'une inflammation de poitrine et de très-nombreuses saignées, resta affecté de dyspnée, avec difficulté du décubitus sur le côté gauche. Tout le corps s'œdématie, ainsi que la face et les paupières; la toux devient plus pressante, la dyspnée s'agrave, respiration sifflante et menace de suffocation; pouls petit, irrégulier. Le côté droit de la poitrine, examiné avec soin, paraît bombé, et les côtes écartées en dehors. L'opération de l'empyème donne issue à environ six livres de sérosité citrine et visqueuse, et procure du soulagement; mais bientôt les mêmes symptômes reparaissent et s'agravent, les urines deviennent rares, et le malade meurt.

A l'ouverture de la poitrine on trouva le thymus d'un volume énorme, et squirrheux. Le poumon droit, revenu sur lui-même, est en partie squirrheux, en partie suppuré; il existe un épanchement de ce côté mais peu abondant, à cause de l'évacuation qui avait eu lieu pendant la vie. Il y avait aussi de la sérosité du côté gauche de la poitrine et dans le péricarde.

Dans le cadavre d'un enfant, scrofuleux depuis longtemps, qui succomba à la fièvre hectique, et qui, jusqu'à sa mort, avait pu se tenir debout (?) (*orthostadii*), tous les

---

in-4.°, p. 91, obs. 763. — Nul doute qu'on ne doive prendre pour de tubercules ce qu'on décrit ici sous le nom de squirrhe.

(1) Lieutaud, *Hist. anat. med.* T. II, p. 14, obs. 448.

(2) Lieutaud, *Hist. anat. med.* T. II, p. 118, obs. 851.

viscères de la poitrine et de l'abdomen étaient comme desséchés, racornis; le mésentère squirrheux était rempli de ganglions plus volumineux que des noix, blancs à l'inté rieur et à l'extérieur, et comme cartilagineux. Le réservoir du chyle et le canal thoracique étaient entourés d'une multitude de ganglions dans le même état. Le thymus était également induré, mais d'un volume ordinaire (1).

Un jeune homme de 18 ans était infecté de la maladie vénérienne. A la suite d'un traitement mercuriel qui échoua contre son mal, il tomba dans une fièvre lente, accompagnée d'une toux très-fatigante; il s'y joignit une oppression de poitrine, des sueurs colliquatives, le marasme survint, les forces tombèrent, et il mourut. Les poumons, obstrués et tuberculeux, nageaient dans une sérosité purulente. On trouva le thymus altéré par la suppuration, ainsi que les parties qui l'avoisinent, et particulièrement l'œsophage (2).

Dans le cadavre d'un autre jeune homme, également affecté de syphilis, on trouva des exostoses nombreuses à la face interne du crâne. La trachée et le larynx étaient sur plusieurs points affectés de carie. Les poumons étaient tuberculeux, et le thymus suppuré. Plusieurs choses se firent remarquer dans l'abdomen, comme les lésions de divers viscères, mais surtout les vaisseaux lymphatiques qu'on voyait se dessiner très-distinctement en bien des endroits, sans aucune préparation anatomique (3).

A l'ouverture du corps d'un jeune homme qui avait succombé à la phthisie, outre les lésions ordinaires des poumons, on trouva un ulcère sordide à l'intérieur du larynx et de la trachée. Le thymus était presque détruit par une suppuration putride. Les parties environnantes et l'œsophage étaient également affectés (4).

---

(1) Lieutaud; *Hist. anat. med.* T. I.er, p. 124, lib. 1, obs. 522.
(2) Lieutaud, *ibid.* T. II, p. 92, lib. 2, obs. 766.
(3) Lieutaud, *ibid.* T. II, p. 303, lib. 4, obs. 81.
(4) Lieutaud, *ibid.* T. II, p. 92, obs. 767.

Glisson, au rapport de Lieutaud (1), a fréquemment trouvé chez les rachitiques le thymus squirrheux, et d'un volume énorme.

Haller trouva dans le cadavre d'une fille de 6 ans, scrofuleuse, les ganglions cervicaux strumeux, et les poumons squirrheux. Le thymus avait un volume au-dessus de l'ordinaire, et était squirrheux dans toute son étendue. A l'œsophage adhérait un kyste du volume d'un œuf de pigeon, dont les tuniques très-résistantes contenaient du pus dans leur intérieur (2).

A l'ouverture du cadavre d'un homme très-robuste, de 27 ans, Velse (3) trouva le thymus squirrheux et d'un volume beaucoup plus considérable que ne comporte naturellement cet âge.

Heister (4) trouva chez un enfant de 13 ans, mort phthisique, le thymus totalement squirrheux et d'un volume au-dessus de l'ordinaire.

Heister (5) disséqua le cadavre d'un homme scrofuleux d'environ 30 ans. Toutes les glandes, soit dans le mésentère, soit dans la poitrine, étaient partout considérablement gonflées et indurées. Le thymus surtout était grandement accru; il s'étendait sous le sternum et jusqu'à la glande thyroïde. Il y avait neuf livres de sérosité dans la poitrine.

Chez un enfant de 14 ans, sujet depuis son bas âge à la toux et à des épistaxis fréquentes, qui avait enfin succombé à la fièvre hectique et à une difficulté toujours croissante

---

(1) Lieutaud, *ibid.* T. II, obs. 765.

(2) Haller, *Opuscul. pathol.* Lausanne, 1755, p. 12.

(3) Velse, *De quibusdam machinæ humanæ extraordinariis* (*In Halleri Disp. anat. select.* T. VII, p. 129.)

(4) Heister, *Compend. anat.* Nuremberg, 1769, p. 114. *Not. In Jahre 1725, habe ich sie* (*die Thymus-drüse in einem Knaben von* 13 *Jahren, so an die Schwindsucht gestorben, gar scirrhœs und ungemein gross angetroffen.*

(5) Heister, *Obs. medic., miscellan.*, obs. 6. (*In Halleri Disp. anat. select.* T. VI, p. 723-24.

de la respiration, F. Hoffmann (1) trouva le thymus grand, induré et rempli de tubercules; les glandes axillaires et les poumons étaient le siége d'une altération semblable.

Voici ce que Slevogt et Granzinus (2) trouvèrent à l'autopsie d'un étudiant qui, après avoir eu long-temps des hémoptysies, fut pris de douleur dans la région jugulaire et de toux, un mois et demi plus tard cracha du pus et eut la respiration difficile, et mourut enfin dans le marasme. Le poumon droit était d'une dureté squirrheuse et desséché; une petite caverne existait au sommet du poumon gauche; autour du cœur étaient des ganglions de couleur noire, dont quelques-uns en suppuration; le thymus avait le volume du poing, était creusé à l'intérieur d'une caverne en suppuration qui communiquait avec la trachée; les autres viscères présentaient à peine des traces de maladie.

Lieutaud (3) emprunte à Manget l'observation suivante : Une fille de 10 ans, scrofuleuse, avait une toux fréquente et rendait des crachats purulens; le pouls était vite et fréquent, la respiration difficile. Les progrès de la maladie amenèrent le marasme, l'épuisement des forces, et la malade succomba. A l'autopsie on trouva une sérosité jaunâtre et abondante dans les deux côtés de la poitrine; le péricarde en était également rempli; le thymus était très-grand, dur, calleux, noirâtre; le poumon gauche contenait plusieurs calculs; le droit en contenait aussi, et était en suppuration.

Nous tirons de Lieutaud (4) l'observation suivante qu'il donne d'après Bonet. Un homme, remarquable par sa vo-

---

(1) F. Hoffmann, *Consultationes et respons. med.* T. I, p. 350, cent. 1, sect. 2, cas. 75.

(2) J. H. Slevogt et Chr. Granzin, *Vomicæ pulmonis et vicinarum glandularum læta et tristia exempla.* Iena, 1708, §. 23. (*In Halleri, Disp. ad morb. hist. facient.* T. II, p. 320, in-4.°)

(3) Lieutaud, *Hist. anat. med.* T. II, p. 92, obs. 769.

(4) Lieutaud, *ibid.* T. I, p. 454, l. 2, obs. 69.

racité, subit, pour se débarrasser des incommodités d'une entérocèle, l'opération de la castration. Tout allait bien, lorsque, au bout de trois semaines, il fut pris de difficulté d'avaler et de respirer. Le 3.e jour, la langue était plus noire que le charbon, la difficulté d'avaler et de respirer était plus grande. Cette sorte d'angine avait cela de remarquable, qu'il ne paraissait rien de particulier ni à l'intérieur ni à l'extérieur, si l'on excepte la couleur noire de la langue. A l'autopsie, la trachée fut trouvée saine et sans la moindre inflammation. Le thymus était tuméfié, gorgé d'un sang noir, et comprimait la trachée; les poumons étaient enflammés, parsemés d'une multitude de taches noires, avec des signes évidens de gangrène.

Harder (1) observa un enfant de quinze ans atteint de difficulté de respirer, d'une toux fréquente, avec amaigrissement général. Pouls fréquent, crachats purulens. La fièvre lente s'exaspère; des vomissemens surviennent, les forces s'affaissent; le malade tombe dans la somnolence, et meurt. L'épiploon était squirrheux et putride; les poumons, fermement adhérens au diaphragme, étaient dans le même état. Le thymus était squirrheux et noirâtre; le péricarde rempli d'un ichor jaune.

Le même Harder (2) a publié une autre observation. Une fille de 17 ans, pauvre, et astreinte par conséquent à un mauvais régime, se plaignait d'une douleur vers le fond de l'estomac, et d'une puanteur des narines qui était très-incommode aux personnes qu'elle approchait. Son ventre s'enfla, l'appétit disparut, les jambes devinrent œdémateuses. Enfin, les forces tombèrent, et la mort arriva. Ichor jaune et de mauvaise odeur dans l'abdomen. Epiploon pu-

---

(1) Harderus Conf. Lieutaud, *Hist. anat. med.* T. II, p. 90, obs. 761; et Meckel's, *Abhandlung*, etc., p. 247.

(2) Harderi *Apiarium observation. med. cent.*, etc., *refertum*. Bâle, 1687, in-4.°, obs. 66, p. 260. — Conf. Lieutaud, *Hist. anat. med.* T. I, p. 392, lib. 1, obs. 1637.

tride et en partie détruit; intestins distendus par des gaz; le pancréas servait de base à une tumeur squirrheuse d'un grand volume; çà et là existaient des tumeurs squirrheuses et comme scrofuleuses. Le mésentère était squirrheux et la rate putride. A l'ouverture de la poitrine, on trouva le thymus squirrheux, les poumons adhérens aux côtes, le péricarde épais et rempli de sérosité.

Chez une petite fille, scrofuleuse, de 3 ans, morte dans un paroxysme de l'asthme aigu, dit de Millar (ou d'*asthma thymicum*, selon Kopp). Le docteur Ulrich a trouvé récemment, outre des tubercules des poumons et des glandes bronchiques, le thymus très-grand et induré (1).

Chap. VII. — *Des tumeurs stéatomateuses du thymus et des tumeurs graisseuses occupant la place de cet organe.* — Quand le thymus a disparu chez l'adulte, sa place est occupée par du tissu cellulaire adipeux; ce n'est donc point là un état pathologique, à moins que l'accumulation de la graisse n'aille jusqu'à gêner par son abondance les parties voisines.

Un exemple s'en est présenté à Wade (2), qui vit dans un homme mort asthmatique le médiastin comblé de graisse, et le cœur comme enseveli dans cette masse.

Verdries (3) observa un thymus égalant le volume du poing, et complètement stéatomateux, avec obstruction et ulcération des poumons. Le malade, qui s'était plaint longtemps d'un resserrement de poitrine, avait fini par se figurer qu'il avait l'œsophage presque bouché, et qu'il y avait dans ce canal une tumeur qui devait passer à la suppuration.

Chap. VIII.—*Concrétions calculeuses*, *ossifications du thymus.* — De même que dans les autres glandes conglo-

---

(1) Kopp. *Denkwürdigkeiten*, etc., p. 104-107.

(2) Wade, *Lond. med. obs. and. inquir.* Vol. III, p. 69. — Conf. Voigtel, *Handbuch der patholog. anat.* T. I, p. 529.

(3) Verdries, *Ephem. nat. curios.*, cent. VII, obs. 120.

bées ou conglomérées, on trouve assez souvent dans le thymus des calculs ou concrétions calcaires qui, formées dans les cellules même de l'organe, ont été attribuées à l'induration du suc qui y est contenu. Lucæ (1) a prétendu qu'un long séjour dans l'alcohol convertissait l'humeur du thymus en cette matière crétacée; je n'ai pourtant rien vu de pareil, quoique j'aie examiné avec le plus grand soin un certain nombre de thymus que j'avais conservés dans l'esprit-de-vin pendant plus de trois ans.

Je ne mets point en doute que la substance du thymus ne puisse acquérir une dureté osseuse; mais je ne sais si l'on doit regarder comme des exemples d'ossification proprement dite, les cas qu'on nous donne pour tels, ou s'il ne faut pas plutôt y voir des observations de concrétions calculeuses; car il n'est point rare que les auteurs donnent le nom d'ossification ou de calcul, à toute concrétion solide, quelle qu'en soit la nature. Il y a pourtant cette différence entre l'os et la concrétion calculeuse, si l'on considère leur composition chimique, que l'os renferme dans sa substance, outre un sel insoluble (le phosphate de chaux), une gélatine animale qui n'existe point dans le calcul; à quoi il faut ajouter que la substance osseuse est organisée, et se nourrit par des vaisseaux propres, tandis que les concrétions calculeuses sont complètement inorganiques. La différence de consistance à laquelle les auteurs (2) empruntent ordinairement le caractère distinctif de ces deux substances me paraît avoir beaucoup moins de valeur. Mais comme la plupart du temps les concrétions ossiformes mentionnées n'ont pas été soumises à l'analyse chimique, on n'oserait prononcer avec assurance si leur nature était celle de l'os ou du calcul.

---

(1) Lucæ, *Anat. Untersuch. d. Thymus*. II, p. 60-61.

(2) Par exemple Otto : *Lehrbuch der pathologischen Anatomie* Ister Band. Berlin, 1830, p. 53.

Vater (1) trouva chez une fille de 11 ans, asthmatique dès son enfance, le thymus très-grand et rempli de concrétions tophacées.

Des cas semblables ont été observés par Harder (2), Hoffmann (3) et d'autres (4),

Une petite fille de 3 ans était affectée de toux, de dyspnée, avec menace de suffocation; elle mourut, et Binninger (5) trouva les poumons adhérens aux côtes, et le thymus *ossifié* quoique spongieux.

De toutes les observations empruntées à divers auteurs, que nous avons recueillies, exposées et rapprochées autant que possible, il résulte que le thymus est susceptible d'éprouver les mêmes altérations que les autres organes parenchymateux; elles prouvent en même temps que ces altérations ne mettent que peu d'obstacles à l'exercice des fonctions vitales, et qu'elles ne causent guère d'autres accidens que ceux qui résultent de la compression des organes voisins, avec un peu d'amaigrissement chez les jeunes enfans, ainsi que nous en avons déjà fait la remarque.

(*La suite au prochain Numéro.*)

---

(1) Christ. Vater, *in Ephem. nat. curios.*

(2) Harder, *Apiarium observationum*, obs. 45.

(3) Hoffmann, *Cardianostrophe*, p. 6.

(4) *Act. med. Berolinens.*, vol. I, dec. 3, p. 28. — Schurig, *Lithologia*, cap. 2, §. 66, p. 233.

(5) Binninger, *Observationum et curationum medicinalium*, cent. 3, obs. 30. Montbelliard, 1673, in-8.° — Un cas semblable, si ce n'est le même, est rapporté par Th. Bonnet. (*Sepulchretum anatomic.*, lib. 2, sect. 1, obs. 89. Lyon, 1700. In-fol. T. I, p. 525.

REVUE GÉNÉRALE.

Anatomie et Physiologie.

Extroversion de la vessie chez la femme, *par le professeur Earle.* Ce vice de conformation a été décrit par plusieurs auteurs sous le nom *d'exstrophie de la vessie:* mais son histoire a besoin d'être complétée par de nouveaux faits. Il est beaucoup plus rare chez la femme que chez l'homme; car, sur cinquante exemples rapportés par différens observateurs, on en trouve dans ce nombre, six ou huit seulement sur des individus du sexe féminin. L'observation suivante nous paraît sous ce rapport d'autant plus intéressante, qu'elle a fourni au professeur Earle des considérations importantes sur ce vice de conformation.

Observation. Une jeune fille de 15 ans, pour laquelle le professeur Earle cinq ans auparavant avait fait construire un instrument qui avait contribué à diminuer notablement les incommodités résultant de ce vice de conformation, revint à l'hôpital pour faire réparer quelques pièces de l'appareil qui lui avait été appliqué; un nouvel examen donna lieu aux observations suivantes.

Chez cette jeune fille, il manque une large portion de la paroi antérieure et inférieure de l'abdomen, ainsi qu'une partie des parois de la vessie dans la région correspondaute, de telle sorte que la membrane muqueuse qui revêt la face postérieure de la cavité de cet organe vient se présenter au dehors de l'ouverture accidentelle. Cette partie de la membrane muqueuse vésicale est rouge, vasculaire, sensible, molle, enduite d'un mucus abondant dont la sécrétion s'est notablement accrue depuis que le docteur Earle avait visité la malade. Au-dessous de ce bourrelet muqueux existent les deux orifices des uretères, desquels l'urine suinte continuellement; quelquefois cette jeune fille parvient à retenir un peu d'urine dans l'intervalle de ces deux orifices, urine qu'elle rejette ensuite sous forme de jet. A la partie supérieure de la surface muqueuse vésicale, on voit quelques cicatrices dues à l'action de divers topiques qu'on a employés à plusieurs reprises pour détruire la sensibilité de cette membrane. Un demi-pouce au-dessous de la tumeur formée par la vessie, existent deux petits pertuis d'où s'écoule un fluide blanchâtre, dans lesquels on peut introduire aisément une corde à boyau; probablement ils communiquent dans le vagin.

La première fois que cette jeune fille se présenta à l'hôpital, et que le professeur Earle l'examina, ces deux pertuis n'existaient pas, du moins on ne les vit pas malgré l'exploration minutieuse à laquelle on

se livra. Ce qu'il y a de certain, c'est que pendant le séjour de cette jeune fille à l'hôpital, l'intervalle qui séparait ces deux orifices s'est considérablement retréci. Ce serait un fait très-remarquable, si l'apparition, la formation de ces deux canaux coïncidait avec l'approche de l'époque de la puberté qui ne peut tarder longtemps. A l'aide du doigt introduit dans la profondeur du rectum, on s'assure facilement que l'utérus existe, et qu'il est régulièrement développé.

Dans la région périnéale on observe un clitoris bifide, et quelques rudimens des nymphes; les grandes lèvres sont écartées, applaties, très-larges et rapprochées l'une de l'autre inférieurement. Les os pubis sont séparés par un grand intervalle, et les deux muscles sont encore notablement écartés l'un de l'autre au-dessus de la saillie formée par la vessie; leur écartement est rempli par une membrane aponévrotique et par la peau. Cette disjonction si considérable des os pubis a détruit nécessairement une partie de la fixité qu'ils ont ordinairement. Le bassin se trouve conséquemment élargi, en sorte que la démarche de cette jeune fille est analogue à celle du canard. L'intervalle qui sépare le pubis ne s'est pas retréci, il n'existe pas d'ombilic; très-probablement les vaisseaux ombilicaux pénétraient dans l'abdomen immédiatement au-dessus de la saillie formée par la vessie.

Ce fait et plusieurs autres analogues prouvent que l'existence de la vessie n'est pas essentiellement nécessaire à la vie: il démontre, suivant M. Earle, que les membranes muqueuses n'ont pas avec la peau une identité d'organisation aussi complète que le disent beaucoup d'auteurs. Ainsi cette portion de membrane muqueuse n'a éprouvé aucune modification, aucun changement dans ses caractères extérieurs, quoiqu'elle soit restée depuis long-temps exposée au contact de l'air; elle a offert une résistance toute particulière à l'action des caustiques qu'on a employés pour la détruire, afin de la remplacer par une cicatrice moins difforme: elle s'est reproduite très-promptement, quoique profondément désorganisée, à plusieurs reprises, et n'a pas revêtu les caractères de la peau. M. Earle rapproche de ce fait plusieurs observations pour combattre l'opinion relative à l'analogie des membranes muqueuses et de la peau.

On a étudié sur cette jeune fille l'influence de certaines substances sur l'urine; ainsi le docteur Earle lui fit prendre de la rhubarbe, de l'huile essentielle de térébenthine et des asperges, afin de voir quelle est celle de ces substances dont la présence se décèle le plus promptement. De la sorte il a constaté que l'urine exhalait l'odeur de violettes quatre minutes et demie après l'ingestion de l'essence de térébenthine, tandis que l'odeur propre aux asperges ne se manifeste que huit minutes après qu'elles avaient été mangées; le docteur Earle se propose de multiplier ces expériences et de les varier.

On a fait remarquer que l'extroversion de la vessie est plus rare

chez la femme que chez l'homme. Les Transactions philosophiques contiennent l'observation remarquable d'une femme affectée de ce vice de conformation, qui devint enceinte et accoucha d'un garçon; chez une autre, dont le docteur Néville a donné l'histoire, l'ombilic était situé à sa place ordinaire. Le docteur Coates en a consigné un autre exemple dans le *Journal med. phys. d'Edimbourg*. Ce vice de conformation présente dans les deux sexes quelques caractères communs. Dans l'un et l'autre, les os pubis sont séparés par un intervalle plus ou moins large, et cet écartement des os semblerait être la circonstance principale, celle d'où dépendent toutes les autres. Chez l'homme comme chez la femme les uretères sont notablement dilatés et beaucoup plus contractiles que dans l'état normal; il y a absence d'urèthre et d'ombilic. Cependant on peut citer comme exception, la femme observée par le docteur Coates, chez laquelle les os pubis étaient unis entr'eux; l'urètre était placé au-dessus de ces os, et se terminait par un cul-de-sac après un trajet d'un demi-pouce d'étendue.

Dans le sexe féminin, ce vice de conformation n'entraîne pas l'absence de l'utérus, des ovaires et du vagin; ce dernier est souvent fermé par une cloison membraneuse. On a vu que chez la jeune fille qui fait le sujet de cette leçon clinique, le vagin n'offrait pas dans le commencement de communication évidente avec l'extérieur, d'où l'on peut conclure qu'il peut arriver la même chose aux jeunes filles affectées de ce vice de conformation, quand elles parviennent jusqu'à l'âge de la puberté. Dans certains cas, la disposition des parties est telle, qu'il est facile de pratiquer au vagin l'ouverture qui lui manque. D'après ce qui précède, on a vu que la conception était possible avec ce vice de conformation, tandis que chez l'homme le coït est alors impossible, le pénis étant réduit à une sorte de gland sans prépuce ni urètre. Ordinairement les testicules existent, contenus dans un scrotum qui est quelquefois bifide; c'est dans ce cas qu'une apparence de vulve surmontée d'un gland imperforé a fait supposer l'hermaphrodisme. Les canaux déférens s'ouvrent tantôt dans les uretères, tantôt au périnée, tantôt dans le rectum. Les désirs vénériens se font également sentir, mais sans qu'il y ait possibilité de les satisfaire. Chez l'homme l'anus est ordinairement bien conformé, mais placé plus en avant que dans l'état naturel.

Suivant le docteur Duncan, le vice de conformation qui vient de nous occuper résulte de l'imperforation de l'urètre. Cette occlusion entraînant la distension outre-mesure de la vessie, la dilatation des uretères, et enfin la rupture de la vessie à sa partie antérieure; il explique de la même manière l'écartement des os pubis. Cette théorie, qui paraît ingénieuse au premier abord, n'est aucunement admissible, d'abord parce qu'elle suppose déjà une sécrétion abondante

d'urine chez l'embryon ; en second lieu, la vessie étant une fois rompue, on ne concevrait pas pourquoi l'écartement des os pubis persisterait encore : quant à l'élargissement des uretères, ces canaux suppléent en quelque sorte à la cavité de la vessie qui n'existe pas. Il est donc bien plus vraisemblable que tout dépend ici d'un vice de développement.

Le docteur Earle a terminé cette leçon en rapportant un exemple curieux de vice de conformation des organes génitaux chez un enfant. Le pénis est situé dans la région périnéale, tout-à-fait en arrière, et dirigé de telle manière que l'enfant aurait uriné derrière lui si le pénis eût été traversé par un urètre. Mais l'orifice de ce canal s'ouvre en avant du périnée. Cet orifice était fermé par une membrane qu'il fallut inciser au moment de la naissance de cet enfant. Cette observation d'imperforation de l'urètre pourrait servir d'objection à l'opinion du docteur Duncan, s'il n'en existait pas déjà beaucoup d'autres. (*The London Med. Gazette*, 1833 ; *Annali Universali di Med.*, Milan, 1833, juin.)

Les observations d'extroversion de vessie chez la femme sont non seulement peu nombreuses, mais généralement les détails anatomigues en sont incomplets : c'est ce qui nous engage à joindre à l'exemple qui précède, celui que M. Clément a présenté récemment à la Société anatomique. (*Revue méd.*, N.° de juillet 1833.) Le sujet de cette observation était une femme de 58 ans, qui fut apportée à l'hôpital Saint-Antoine, avec tous les symptômes d'une phthisie avancée, et qui mourut le lendemain.

« A la partie inférieure de l'abdomen existe une tumeur mamelonnée, rouge, couverte de mucosités et de pus, d'environ deux pouces de diamètre, présentant en bas deux petites saillies latérales, surmontées chacune d'un orifice. C'est la surface interne de la vessie sur laquelle s'ouvrent deux uretères : elle se continue insensiblement avec la peau de l'abdomen qui ressemble à une cicatrice. Les épines iliaques sont fort écartées ; on s'assure avec le doigt que les surfaces osseuses dont la réunion forme la symphyse du pubis, sont séparées l'une de l'autre par un intervalle de plus d'un pouce, et la tumeur ci-dessus décrite est située en partie au-devant de cet intervalle. On ne trouve aucune trace de l'urètre. Sur les côtés on voit deux replis presque effacés, sur lesquels s'implantent quelques poils ; ce sont les grandes lèvres entre lesquelles existe, surtout en arrière, une grande distance. Au-dessous de la tumeur s'observe un trou arrondi, à bords minces, ayant deux à trois lignes de diamètre : c'est l'orifice du vagin que limitent latéralement ces deux petites lèvres bien prononcées, écartées par leur partie postérieure, mais se rejoignant en avant. Il n'existe pas de clitoris. Une dissection plus profonde fit voir que chaque corps caverneux né, oomme à l'ordinaire, des branches

ascendantes de l'ischion, et muni de son muscle, se terminait à la partie antérieure de la petite lèvre de son côté. Cette conformation est analogue à celle qu'on observe chez les mâles affectés d'extroversion de vessie, où chaque corps caverneux forme un petit mamelon rouge isolé. La vessie est doublée en arrière par un tissu fibreux très-résistant qui se continue latéralement avec les bords internes des muscles droits de l'abdomen, qui en bas se prolonge entre les deux os iliaques, et empêche leur écartement. »

M. Clément ajoute qu'il n'a pas trouvé ici un ligament bien distinct, comme chez deux jeunes sujets qu'il avait déjà eu l'occasion de disséquer. Les uretères dilatés vont s'ouvrir sur les côtés de la tumeur; la matrice, ainsi que ses annexes, est bien conformée, et s'ouvre dans un vagin très-court, mais très-large. La paroi antérieure de l'abdomen existe en entier, seulement un écartement anormal existe entre les deux muscles droits. »

Transposition congéniale des viscères; *par William Hardy*.— L'homme qui fait le sujet de cette observation était mort dans l'hôpital général de Calcutta, d'un choléra enté sur une dysenterie chronique, comme il arrive fréquemment. Les lésions cadavériques étaient celles qu'on trouve communément dans cette maladie; mais on trouva une transposition complète de droite à gauche de tous les viscères et vaisseaux sanguins de l'abdomen. Le foie était à gauche et la rate à droite; l'extrémité œsophagienne de l'estomac était tournée vers l'hypochondre droit, et l'extrémité pylorique vers l'hypochondre gauche; le duodénum avait ses courbures ordinaires, et se trouvait en contact avec la vésicule du fiel dans l'hypochondre gauche; la valvule iléo-cœcale fut trouvée à gauche, et l'appendice vermiforme près du bord du bassin; la courbure sigmoïde du colon était à droite; l'aorte était à droite; la veine cave était au côté gauche de la colonne vertébrale; le trou carré qui lui donne passage était au côté gauche de la ligne médiane du diaphragme; l'ouverture aortique était placée comme à l'ordinaire, mais l'ouverture œsophagienne était un peu à droite de l'ouverture aortique. Le cœur avait été enlevé avant qu'on eût remarqué cette transposition, mais il ne parut pas qu'il y ait eu rien d'anormal dans sa position. Les vaisseaux rénaux étaient aussi transposés; les gauches étaient les plus longs et passaient derrière la veine-cave; l'artère iliaque gauche était plus longue que la droite, et passait pardessus les veines iliaques. La veine iliaque droite était située au côté interne de son artère, et la gauche derrière la sienne. Rien, pendant la vie, n'avait pu faire soupçonner un tel ordre de choses. Il n'est pas besoin de faire remarquer combien de difficultés se seraient présentées, chez ce sujet, soit pour le médecin, soit pour le chirurgien. (*London Med. Gazette*, 20 avril 1833.)

Tout l'intérêt de cette observation réside dans la coïncidence d'une transposition complète des viscères de l'abdomen, avec l'état normal de ceux de la cavité thoracique. Il est à regretter que l'auteur ait passé si rapidement sur la disposition que présentaient ces derniers, qui n'est indiquée que d'une manière vague.

Effets des acides sur le sang. — Le docteur Hertwig s'est assuré, par des expériences répétées, avec les acides sulfurique, nitrique, hydrochlorique, carbonique, acétique et tartarique, sur des animaux domestiques et sur des oiseaux de l'*École royale vétérinaire*, que tous ces acides, excepté l'acide nitrique, produisent une couleur noire du sang dans les artères et dans les veines. L'acide carbonique et les acides végétaux avaient un effet beaucoup plus marqué que les acides minéraux. Quand les acides sont introduits dans le sang, immédiatement, par injection, toute la masse du sang devient plus noire en peu de secondes, même dans les cas où la mort n'avait pas lieu.

L'acide prussique, à doses modérées, n'avait aucun effet sur le sang; mais quand il était employé en assez grande abondance pour produire de la dyspnée et des vertiges, le sang devenait tout-à-fois noir, et quelquefois prenait l'aspect du goudron. Au moment où cet acide commençait à agir, la membrane muqueuse du nez, de la langue, des gencives et des lèvres, prenait une couleur rouge-obscur. (*Medicinische Zeitung*, N.° I, septembre 1832.)

Pathologie.

Diathèse hémorrhagique et rhumatismale héréditaire. *Par James N. Hugues, docteur-médecin.* — Le docteur Hugues eut occasion de voir un enfant de dix à douze ans qu'il jugea atteint de rhumatisme.

Ce jugement fut mis en doute par une dame âgée, appartenant à la même famille, et qui connaissait toutes les circonstances antécédentes de ce cas. Par des informations ultérieures, il s'assura que c'était un cas d'hérédité, le rhumatisme étant la suite d'une hémorrhagie à laquelle l'enfant avait été sujet depuis son enfance. Ayant appris que cette affection était commune à tous les membres de cette famille, il fit des recherches à ce sujet et obtint les détails suivans.

1.° Les individus mâles de cette famille étaient sujets à des crachemens et à des vomissemens de sang, à des selles sanguines; à l'hématurie, à des épistaxis; à des extravasations sanguines dans le tissu des muscles et des tégumens dans tous les points du corps, mais particulièrement aux membres, produisant des taches foncées et du gonflement, et s'accompagnant souvent, au bout de quelques jours de douleur obtuse et de raideur; et à des hémorrhagies abondantes et opiniâtres à l'occasion des incisions les plus légères, en quelque partie du corps que ce fût.

2.° L'hémorrhagie ne se manifestant jamais seule, mais s'accompagnant constamment d'un rhumatisme plus ou moins étendu.

3.° Les entorses ou les contusions les plus légères ont toujours été suivie de rhumatisme dans la partie.

4.° Le plus grand nombre des hommes qui sont parvenus à un âge avancé, ont été presque rendus impotens par le rhumatisme.

5.° Aux approches de la vieillesse, la tendance aux hémorrhagies diminuait.

6.° Un grand nombre de sujets mâles sont morts dans le premier âge de la vie.

7.° La mort par hémorhagie avait eu lieu fréquemment, plusieurs fois à la suite d'une saignée, quelquefois après une plaie accidentelle, d'autres fois par une hémorrhagie interne; deux fois la mort par hémorrhagie a été la suite de la simple application d'un vésicatoire.

Les vésicatoires, suivant le langage de la personne qui donnait ces informations, *donnaient du sang au lieu d'eau*.

8.° Des deux affections, l'hémorrhagie et le rhumatisme, la première avait toujours précédé l'autre.

9.° Les femmes, quoiqu'elles ne présentassent jamais la même disposition, la transmetiaent sans exception à tous leurs enfans.

10.° Cette disposition pouvait être facilement suivie jusqu'à la la 4.e ou 5.e génération. (*Transylvania journal*, avril 1832, et *The American journ. of med. sc.* février 1833).

Sur la pneumonie lobulaire; *par le docteur Burnet*.—On sait qu'on a donné le nom de pneumonie *lobulaire mamelonnée*, à l'inflammation qui a son siége dans un plus ou moins grand nombre de lobules du tissu pulmonaire, séparés les uns des autres par des parties saines. C'est sur cette forme de la pneumonie, assez peu commune chez les adultes, beaucoup plus fréquente chez les enfans, que M. Burnet a écrit un mémoire intéressant. D'après les observations de ce médecin, cette affection n'est rien moins que rare chez les enfans, quoiqu'elle soit moins fréquente que la pneumonie ordinaire ou *lobaïre*. Elle paraîtrait plus commune si beaucoup des malades qui en sont attaqués n'étaient pas rendus à la santé. Dans une seule année, et dans le service de M. Jadelot, à l'hôpital des enfans, M. Burnet dit en avoir observé les caractères anatomiques sur vingt-cinq cadavres au moins. Sa cause, la condition du moins à laquelle elle paraît liée par un rapport presque constant, est la bronchite intense. Il est rare, en effet, qu'une inflammation violente des bronches ne précède pas l'hépatisation lobulaire, et ne se montre à l'autopsie en même tems que cette affection, qui ne serait, pour ainsi dire, que le résultat de l'extension de la phlegmasie de ces conduits aux vésicules qui les terminent. Aussi l'observe-t-on souvent à la suite de la coqueluche, de la rougeole et du catarrhe

suffocant. Cette origine de la pneumonie lobulaire paraît à M. B. un caractère qui la distingue de la pneumonie lobaire, qui succède rarement à la bronchite, qui donne au contraire plutôt lieu à cette inflammation. Il y a d'autres caractères distinctifs de ces deux formes de pneumonie; c'est la fréquence de la pleurésie dans les cas de pneumonie ordinaire, tandis qu'elle manque presque toujours dans les cas d'hépatisation mamelonnée, et la possibilité, pour cette dernière, de la guérison par induration. Les pneumonies lobulaires ne paraissent guère que dans les premières années de la vie. L'auteur pense que cette fréquence dans le jeune âge peut tenir à une *constitution particulière* du poumon à cette époque de la vie, et à la violence des affections bronchiques qui se montrent dans l'enfance.

Les caractères anatomiques de la pneumonie lobulaire, sont faciles à saisir. Lors même que les lobules carnifiés se sont réunis, la surface des parties malades offre, dans les saillies et les sillons interlobulaires, la démarcation des pneumonies partielles. La masse indurée n'offre jamais, d'ailleurs, une homogénéité aussi complète que dans l'hépatisation simple. Quelquefois les indurations sont très-nombreuses, très-petites, éparses dans la substance saine des poumons, sur laquelle elles tranchent d'une manière notable; leurs bords se présentent toujours nettement coupés; elles offrent plusieurs degrés. Au premier degré, elles sont peu dures, d'un rouge noir, moins bien limitées qu'à une époque plus avancée; au second degré, elles ont plus de dureté que la majeure partie des hépatisations simples. Quelquefois on les trouve dans un état de sécheresse et avec un aspect grisâtre qui les rapprocheraient beaucoup de l'induration lobulaire grise. Cette variété constitue le cinquième degré de l'hépatisation multiple. Les saillies, de rouges qu'elles étaient, deviennent grises et acquièrent plus de dureté. Dans cet état le tissu cellulaire interlobulaire devient quelquefois plus blanc et plus compacte. Leur volume varie depuis celui d'une aveline jusqu'à celui d'une petite noix. Quand elles sont situées à l'intérieur du poumon, on ne saisit pas la démarcation des lobules; mais la crépitation tout-à-fait normale du tissu pulmonaire qui les entoure, ce qui n'a pas lieu dans la pneumonie ordinaire, et leur grande dureté, suffisent pour faire reconnaître leur véritable caractère. Quelquefois elles sont compliquées de tubercules, quelquefois d'emphysème. Elles occupent indistinctement toutes les parties du poumon, tandis que l'hépatisation simple affecte ordinairement la base de cet organe. L'auteur dit n'avoir jamais vu l'hépatisation lobulaire au degré de la suppuration, excepté peut-être chez un sujet d'une trentaine d'années, sur l'affection duquel il avoue toutefois n'avoir que des soupçons, ne connaissant alors qu'imparfaitement la pneumonie lobulaire. Il pense que le défaut ou du moins la rareté de cette terminaison, tient sans doute, 1° à ce que la résolution est facile dans cette espèce de pneumonie, qui

emprunte à la bronchite ou aux maladies accessoires une grande partie du danger où elle met les malades ; 2° à ce que le pus qui peut en être le produit, a beaucoup de plasticité et se combine facilement avec le tissu induré.

La pneumonie lobulaire se manifeste pendant la vie par un râle crépitant, qui existe sans que la sonoréité de la poitrine disparaisse, sans que le murmure respiratoire s'efface ou prenne le caractère bronchique ; ce qui ne manque pas d'arriver dans une pneumonie ordinaire, qui occupe plusieurs lobules réunis d'un poumon. Le diagnostic, ordinairement facile, peut l'être beaucoup moins quand l'affection ne consiste que dans quelques noyaux d'induration qui occupent le centre d'un des poumons. Il est rare, cependant, que le râle crépitant manque, mais il peut se trouver masqué par le râle plus fort de la bronchite. Il est quelquefois également difficile de distinguer cette inflammation de l'hépatisation ordinaire. Mais l'erreur de diagnostic est peu importante pour le traitement, qui est à peu près le même pour les deux affections. Dans les pneumonies lobulaires, à moins que les lobules enflammés n'aient fini par se réunir, la matité n'existe point à un degré bien appréciable, malgré la longue durée de la toux et du râle crépitant. Ce râle change souvent de place et même de caractère, ce qui tient à la multiplicité des noyaux d'engorgement et à la coëxistence de la bronchite, qui se manifeste par les râles muqueux et sibilant. Le bruit respiratoire offre quelquefois un peu de sécheresse, mais il ne manque pas comme dans la fluxion de poitrine qui dure depuis quelque tems. Dans la pneumonie lobulaire, le point de côté est extrêmement rare ; les crachats, qui manquent presque toujours chez les enfans, sont ordinairement ceux du catarrhe pulmonaire, et non les crachats rouillés qui caractérisent la péripneumonie. Cependant ce caractère des crachats se rencontre quand l'hépatisation lobulaire est considérable. L'accélération du pouls, qui peut être peu marquée si l'inflammation est peu étendue, et la précipitation des mouvemens respiratoires, sont des symptômes communs aux deux formes de pneumonie.

Le traitement de la pneumonie lobulaire est celui de la bronchite aiguë très-intense et de la pneumonie simple. On ne saurait trop faire d'attention aux catarrhes pulmonaires des enfans, si on veut les empêcher de se terminer par la pneumonie lobulaire.

Ces données sur la pneumonie lobulaire, que nous avons extraites presque textuellement du mémoire de M. Burnet, sont fournies par treize observations que l'auteur y a fait entrer, et qu'il aurait pu multiplier, dit-il, mais sans ajouter aux traits de la maladie. Il n'a point cité, comme il aurait pu le faire, des observations de guérison, parce que, n'ayant pas reçu le sceau de l'autopsie, elles n'auraient point servi, et ne lui paraissent que de peu d'utilité dans la description.

Il n'est, en effet, rien moins que rare de trouver des malades qui présentent l'ensemble des symptômes de la pneumonie lobulaire et qui guérissent parfaitement bien.

Nous reproduirons ici seulement la première observation présentée par l'auteur, comme un type de pneumonie lobulaire pendant la vie : Joséphine V., âgée de 8 ans, passe le 20 octobre 1819, de la salle des teigneuses dans la salle Sainte-Catherine ; malade depuis trois jours seulement, elle tousse, se plaint de douleur à la gorge et de fièvre. Arrière-gorge rouge et tuméfiée ; langue rouge, poitrine bien sonore ; râle sous-crépitant à droite, postérieurement et à la partie antérieure gauche du thorax ; murmure respiratoire faible dans ces endroits, qui n'occupent d'ailleurs qu'une petite étendue ; respiration bien accélérée, voix un peu enrouée. Les jours suivans, le râle crépitant persiste avec de légères variétés dans sa position et dans son caractère, qui le rapprochent quelquefois du râle muqueux. Le 8 décembre, activité de la fièvre, qui avait un peu diminué les jours précédens. L'enrouement augmente, ainsi que la toux, la dyspnée et le râle crépitant. Pommettes rouges, surtout la gauche ; arrière-gorge plus gonflée, et langue plus rouge. Le 10, éruption de taches rouges circulaires, confluentes à la face, discrètes aux membres, qui prennent bientôt un aspect violacé. Toux forte, accompagnée de crachats glutineux, fortement rouillés, quelques uns striés de filets de sang vermeil. Ventre très-douloureux. (Traitement borné aux adoucissans). L'expectoration ne tarde pas à se supprimer, en même temps que la toux devient continuelle. La poitrine reste sonore. Le râle crépitant s'étend et occupe, à un haut degré, la partie antérieure gauche et les deux parois latérales de la poitrine. L'oppression augmente ; mort le 13 octobre, au troisième jour de l'éruption, qui a pâli et s'est presque effacée. — *Autopsie*. Cerveau fortement piqueté à la coupe. Les deux poumons présentent de nombreuses hépatisations rouges, les unes assez étendues et limitées par des bords dont la dureté ressort beaucoup au milieu des parties environnantes saines ; les autres petites, pressées au bord antérieur du poumon, et dessinant à leur surface des inégalités légèrement saillantes. Les parties ainsi altérées gagnent le fond de l'eau. Bronches et trachée d'un rouge vermeil très-intense. Quelques rougeurs dans l'estomac. Quelques glandes de Peyer, rouges et développées dans l'intestin grêle.

Espérons que des observations nombreuses et rapprochées dans toutes leurs circonstances, confirmeront et complèteront l'histoire de la pneumonie lobulaire ébauchée par M. Burnet. (*Journ. univ. hebdom.* XXII. N.os 148 et 150.)

Gangrène du foie. *Par le docteur Graves.* — Michaël Brien, âgé de 50 ans, fut admis à l'hôpital de *Sir Patrick Dun*, le 4 mars 1833. Ascite ; œdème des jambes et des pieds ; jaunisse. Le foie formait

dans les hypochondres droit et gauche et dans l'épigastre, une tumeur étendue, dure, douloureuse au toucher. Il ne pouvait se coucher sur le côté gauche; le pouls était fréquent, petit et dur; la langue était sale; l'affaiblissement était extrême. Depuis, le malade est sujet à des douleurs dans le côté, à des crampes et à des vents dans l'estomac. L'attaque pour laquelle il entrait avait commencé trois semaines auparavant. Depuis le jour de son entrée jusqu'au jour de sa mort, il devint de plus en plus faible, et souffrit beaucoup d'une distension tympanique des intestins. Pendant toute la journée du 14, veille de sa mort, il se plaignit d'une vive douleur de l'abdomen, qui était extrêmement sensible à la pression; vers le soir, il vomit un liquide extrêmement fétide, mêlé de fragmens d'une substance d'un gris foncé. Le vomissement se renouvela de temps en temps jusqu'à cinq heures du matin, où il mourut sans donner des signes d'une souffrance violente immédiatement avant sa mort.

Autopsie. — Quand on ouvrit l'abdomen, il s'en échappa environ une pinte de sérosité fortement colorée par la bile; le foie, considérablement augmenté de volume, s'étendait au-dessous de l'ombilic, et une partie de sa surface était recouverte par de la lymphe récemment épanchée. Des corps volumineux, blancs, solides, ressemblant à des cartilages, garnissaient sa surface, et étaient parsemés dans son intérieur. Ils étaient excavés en forme de cupule, homogènes et consistans dans leur texture.

Dans les intervalles, le tissu du foie était sain partout. Dans la portion inférieure du lobe gauche il y avait une excavation plus grosse que le poing d'un adulte, à moitié remplie par une escarre gris-noir, exhalant une odeur extrêmement fétide, et exactement semblable à la matière qui avait été vomie. Cette escarre était très-sèche, sa partie liquide s'étant probablement échappée par une large ouverture qui faisait communiquer l'excavation avec l'estomac; l'aspect gangréneux s'étendait jusqu'à la partie du pancréas qui est en contact avec l'estomac; ce dernier viscère était encore perforé en cet endroit. Une ligne de démarcation très-manifeste, et semblable à celle qui existe dans les cas de gangrène extérieure, entourait l'excavation hépatique.

On pourrait contester l'exactitude de la dénomination de gangrène du foie, et mettre en question si c'était bien la substance du foie qui était gangrenée, ou bien un de ces tubercules dont ce viscère était farci qui avait passé à cet état (*The medico-chir. Review*, octobre 1833.)

Fracture d'une côte produite par une violente quinte de toux; *par le docteur Graves.* — Le 24 mars 1833, une dame de 47 ans, grande et extrêmement forte, consulta le docteur Graves pour une douleur du côté gauche. Elle n'avait point de fièvre, mais l'inspiration était accompagnée d'une vive douleur qui, de la région correspondante au rein gauche, s'étendait en haut à l'épaule gauche; on déterminait aussi de la douleur en appuyant la main vers la partie

moyenne des neuvième et dixième côtes. Cette dame disait qu'elle avait été prise de cette douleur cinq jours auparavant, dans une quinte violente de toux, pendant laquelle elle avait éprouvé la sensation de quelque chose qui se brisait. Des sangsues et un vésicatoire avaient été appliqués sans soulagement. Par un examen attentif, le docteur Graves reconnut que le point central de la région douloureuse au toucher était situé, non entre les côtes, mais sur une d'entre elles, à la jonction ou au moins très-près de la jonction de la portion osseuse avec la portion cartilagineuse. En cet endroit la pression était presque intolérable, et il semblait que la côte cédât comme si elle était fracturée. La malade croyait à l'existence de cette fracture, à cause de la sensation qu'elle avait éprouvée au moment de cette quinte de toux, et qui était analogue à celle qu'elle avait éprouvée lorsqu'elle s'était fracturé le bras quelque temps auparavant. Elle souffrait moins quand elle avait son corset. Une compresse et une bande solidement appliquée autour de la poitrine, produisirent un soulagement immédiat, et la guérison s'opéra sans autre moyen.

Le sujet ne présentait aucun symptôme de friabilité des os; il n'y avait aucune prédisposition au cancer. Le docteur Graves ne pense pas qu'il existe aucun autre fait de fracture des côtes par l'action musculaire. Il cite à cette occasion une fracture du sternum par cette cause, qui est due à M. Dupuytren.

Ce fait est remarquable non-seulement en lui-même, mais encore parce qu'il fait voir combien il faut être exact et minutieux dans l'exploration des malades. (*The Medico-chirurg. Review*, octobre 1833.)

Hernie ombilicale dans laquelle le foie était contenu en partie; *obs. par le docteur M.c Lean, de Kilmalcolm.* — En 1820, le docteur M.c Lean fut consulté pour une tumeur située immédiatement sur la région ombilicale d'un enfant âgé de neuf mois, qui fut remarquée pour la première fois peu de tems après la naissance, et qui avait graduellement augmenté de volume. En examinant le petit malade; il trouva que l'ombilic était rempli par un corps dur, qui cédait en partie à la pression, et diminuait un peu de volume, apparemment par la rentrée de son contenu, quoique la tumeur persistât. Les tégumens extérieurs étaient d'une couleur gris-cendré, et, huit ou dix jours avant la mort de l'enfant, ils s'ulcèrent en partie, et donnèrent issue à une sanie claire et fétide. L'enfant criait toujours beaucoup quand on palpait la tumeur, la pression produisant apparemment une vive douleur. La constipation était opiniâtre; les déjections étaient noires et fétides; et quelquefois de la couleur et de la consistance de l'argile. L'appétit était altéré; le vomissement suivait quelquefois l'ingestion des alimens solides; ces vomissemens ne furent jamais bilieux ni stercoraux. On prescrivit des doses répétées de calomel et de rhubarbe, avec d'autres laxatifs doux, pour entretenir autant que possible la

régularité des selles. On appliqua fréquemment des fomentations chaudes sur la tumeur. Peu à peu elle devint plus molle, et la fluctuation y devint manifeste; mais on ne jugea pas à propos de l'ouvrir, car l'enfant se mourait évidemment. La pression sur la tumeur avait alors pour effet de déterminer des convulsions, et quatre jours après qu'on eut reconnu la fluctuation, l'enfant mourut dans un accès de convulsions.

Autopsie. — La tumeur était formée par une hernie ombilicale, dont le sac contenait une grande partie du foie, indurée et recouverte par plusieurs petites tumeurs, environ trois pouces de l'épiploon, et une portion de l'intestin iléum. Ces parties étaient agglutinées ensemble, et à la partie inférieure du sac, autour du lobe de Spigel, il y avait une quantité considérable de pus. On ne voyait aucune trace d'étranglement, mais d'après les adhérences intimes qui existaient entre toutes les parties contenues dans le sac herniaire, on pouvait juger que les intestins ne pouvaient guère remplir leurs fonctions. L'estomac et les intestins présentèrent des traces d'inflammation de vieille date; l'enveloppe péritonéale de ces viscères offrait de nombreuses taches noires peu étendues. Les autres viscères étaient sains.

D'après Pott, des cas de hernies ombilicales, dans lesquelles le foie était contenu dans le sac herniaire, ont été vues par Gay, Nourse, et Bohnius. (*Journal de Glascow*, juillet 1833.)

Thérapeutique.

ÉPILEPSIE GUÉRIE PAR LA LIGATURE DE L'ARTÈRE CAROTIDE PRIMITIVE. *Par J. R. Preston.*—Un homme de 25 ans, d'un tempérament sanguin et athlétique, était sujet depuis cinq ans à de fréquentes attaques d'épilepsie, revenant ordinairement une fois tous les quinze jours. Les accès se reproduisaient en général sans aucune cause appréciable d'excitation; mais ils étaient parfois provoqués par des excès. Il y avait dans ce cas une forte congestion cérébrale. Pour la combattre, M. Preston se détermina à lier l'artère carotide primitive; ce qu'il fit le 4 février. L'artère fut embrassée par une simple ligature qui se détacha le 5 mars. Jusqu'au 13 avril, époque à laquelle l'observation a été publiée, il n'y avait eu aucun retour des attaques d'épilepsie, et aucune tendance à leur réapparition. (*Transaction of the medical and physical Society of Calcutta*, vol. 5).

Quoique l'opération exécutée par le docteur Preston ait eu un succès, dont au reste la persistance n'a pas été constatée pendant un assez long espace de temps pour qu'on puisse croire à la cure tout-à-fait radicale de l'épilepsie, cependant on ne peut se dissimuler qu'il avait agi contrairement aux règles d'une saine thérapeutique. Après être restés longtemps dans une sorte de pusillanimité pour la ligature

des gros vaisseaux, les chirurgiens en seraient-ils arrivés à se décider à ces ligatures avec la même facilité qu'à l'emploi des moyens thérapeutiques les plus usuels? L'application de la ligature dans l'épilepsie est d'autant moins rationelle, que la cause organique de cette affection dans un cas donné étant inconnue, il est impossible de se guider autrement que par des conjectures. Or, il n'est pas permis, sur de pareilles indications, de se résoudre à une opération aussi sérieuse que celle de ligature de la carotide.

Emploi du trépan dans l'épilepsie., *Par le professeur Dudley.* — Le cas suivant est le 6.e de cette espèce qui ait été obtenu par le professeur Dudley; les cinq autres ont été consignés dans son mémoire *sur les plaies de la tête* qui a été inséré dans le 1.er N.o du *journal de Transylvanie.*

N.** fut atteint d'une plaie d'armes à feu à la tête dans le mois de mars 1832; le lendemain le médecin retira de la plaie plusieurs esquilles et à raison de la lésion de la dure-mère il s'échappa une certaine quantité de la substance cérébrale; aussitôt que les esquilles et la portion du cerveau désorganisée furent enlevées, la plaie fut pansée et le malade fut censé guéri au bout de deux mois. Cependant d'après le rapport de celui-ci, un léger écoulement continua à se faire jour par la plaie et au bout de quelques mois il fut pris d'attaque épileptique avec altération de la santé générale. On découvrit alors que la matière de la suppuration provenait de la substance du cerveau et que le crâne paraissait malade. Ce fut alors qu'il s'adressa au professeur Dudley; son aspect était celui d'un homme qui avait souffert pendant longtemps d'une lésion du cerveau et des fonctions digestives. Une cicatrice de deux pouces et demi dans la partie moyenne et postérieure du pariétal droit indiquait le lieu de la lésion primitive; en deux points de la cicatrice existaient de petits conduits sinueux qui donnaient issue à un pus mal élaboré. A l'aide d'une sonde on reconnut que l'os était malade. Le trépan fut appliqué dans la direction et sur un côté de la fracture primitive. Aussitôt que le segment osseux eut été enlevé par le trépan on trouva des esquilles isolées sous la dure-mère dans une cavité formée par la substance cérébrale.

On retira trois de ces esquilles de la grosseur de l'ongle du pouce en même temps qu'une végétation morbide de la surface de la dure-mère malade. Un pansement simple fut appliqué et renouvelé de temps en temps; pendant la semaine le malade fut débarassé de tout symptôme morbide tant général que du côté du cerveau. (*Transylvanian journal*, avril 1832).

Extraction d'un haricot contenu dans la vessie; *par le docteur Angelo Duse.* — Un paysan de Valnogaredo, dans la province d'Este, âgé de 42 ans, d'un tempérament sanguin et irritable, se livrant à

la masturbation, s'introduisit dans l'urètre un haricot d'une grosseur assez considérable ; le corps étranger poussé de plus en plus profondément, pénétra de la sorte dans la vessie. Depuis trois mois cet accident avait eu lieu, quand il vint consulter le docteur Duse. Un chirurgien consulté peu de temps après, avait conseillé plusieurs moyens qui n'avaient eu aucun résultat. Quand le docteur Duse vit le malade, il y avait tous les symptômes d'une cystite aiguë accompagnée d'un besoin continuel d'uriner, et dès qu'un jet d'urine un peu fort commençait à sortir, il était tout-à-coup interrompu par le corps étranger qui se présentait au-devant de l'orifice du col de la vessie. Un traitement antiphlogistique fut préalablement mis en usage pour calmer les accidens inflammatoires. Le D.r Duse avait d'abord songé à opérer graduellement la dilatation de l'urètre, de manière à faciliter la sortie du corps étranger ; mais l'emploi des moyens dilatans eussent augmenté ou renouvellé la cystite, et d'ailleurs l'élargissement du canal ne pouvait avoir lieu qu'à la longue, et pendant ce temps des couches salines se seraient déposées chaque jour à la surface du corps étranger, et en eussent augmenté la grosseur. L'extraction la plus prompte était donc de toute manière le moyen le plus avantageux.

Pour l'opérer, le docteur Duse fit construire en fer-blanc une sonde courbée en S, comme les cathéters ordinaires, terminée par une ouverture arrondie, à bords mousses, dans laquelle il introduisit un mandrin terminé par deux branches qui se réunissaient comme celles d'un pince à branches concaves. En attirant à soi la tige du mandrin, les deux mords se rapprochaient de manière à former un anneau d'un diamètre à-peu-près égal à celui de la cavité de la sonde.

Quand les symptômes de la cystite furent notablement calmés, le docteur Duse procéda à l'opération, après avoir fait boire abondamment au malade un liquide émollient. La vessie était notablement distendue par l'urine, quand il introduisit la sonde qui y pénétra facilement. Il avait eu soin d'enfoncer aussitôt davantage le mandrin, pour que les mords de la pince s'ouvrissent largement au-devant de l'extrémité de la sonde qu'il maintint engagée seulement à l'orifice du col de la vessie ; un jet d'urine sortit promptement, et fut bientôt brusquement interrompu par le corps étranger que le flot d'urine entraîna contre l'ouverture de la sonde. A l'instant même le docteur Duse attira lentement le mandrin à lui, et l'obstacle qu'il sentit lui annonça que le corps étranger était pris entre les mords de la pince. Il maintint alors solidement le mandrin au point où il avait attiré, et retirant la sonde doucement et sans secousse, il amena de la sorte avec assez de facilité la moitié du haricot, dont la section était récente, et annonçait qu'elle avait été faite par les branches de la pince. Ce premier succès encouragea le docteur Duse à tenter immé-

diatement l'extraction de l'autre moitié du haricot; elle fut effectuée de la même manière et avec la même promptitude. Depuis un mois que cette opération a été pratiquée, la santé de l'opéré est excellente.

Le haricot introduit dans l'urètre, et qui delà était arrivé dans la vessie, avait la grosseur de ceux dits de Soissons. Il était assez sec; son écorce était coriace comme du parchemin; il avait évidemment augmenté de volume depuis son séjour dans la vessie, et sa surface était déjà recouverte de plusieurs couches d'acide urique. Aussi n'est-il pas douteux qu'il eût été plus tard le noyau d'un calcul. Le docteur Duse fait remarquer que la seule cause qui l'ait empêché d'amener ce corps étranger entier, a consisté dans la traction trop forte qu'il a exercée sur le mandrin de la sonde, traction par suite de laquelle les mords de la pince avaient coupé le haricot en travers. (*Annali universali di Medicina*, N.° de juin 1833.)

Purpura hæmorragica guéri par le tartre stibié; *obs. de M. Plager.* — Une jeune femme âgée de 24 ans, vint consulter l'auteur pour une hémorrhagie de l'arrière-bouche, d'un caractère assez grave. Elle avait aussi la peau parsemée de pétéchies, et tachée dans les intervalles de *vibices*. Sa langue était brune, et le pouls si faible, qu'il ne parut pas prudent de recourir à la saignée. On administra le carbonate d'ammoniaque, mais sans produire aucun effet marqué sur l'hémorrhagie ou les pétéchies. Connaissant les effets du vomissement sur la circulation veineuse, qu'il paraît exciter à un haut degré, M. Plager prescrivit un demi-grain de tartre stibié dissous dans un peu d'eau, chaque quart-d'heure, jusqu'à ce que le vomissement eût lieu. Immédiatement après le vomissement l'hémorrhagie cessa, et depuis ce moment les pétéchies et les vibices furent graduellement et rapidement absorbées, et la jeune femme se rétablit parfaitement sans qu'il fût nécessaire de répéter l'émétique ou d'employer aucun autre médicament. (*The London med. Gaz.*, juillet 1833.)

Obstétrique.

Chatonnement du placenta compliqué de la présence d'un polype fibreux dans l'utérus; *Obs. par L. Sazie; interne des hôpitaux, membre de la société anatomique et de la société phrénologique.* — Je fus appelé le vendredi 16 août auprès de la femme Magdeleine Baudin, entrée depuis deux jours à l'hôpital Saint-Louis dans la salle des femmes en couches. Elle éprouva pour la première fois le lundi soir 12 août quelques légères douleurs qui depuis ont successivement pris de l'intensité. Les douleurs se prononcèrent encore davantage dans la nuit du jeudi, et le vendredi matin elles étaient tellement intenses, qu'on jugea le travail d'accouchement en pleine activité.

Arrivé près de la malade, je trouvai le travail déjà très-avancé, la

présence de la tête placée en première position (occipito-cotyloïdienne gauche) dans l'excavation du bassin et ayant déja franchi les limites du col de l'utérus. Deux ou trois douleurs la poussèrent bientôt contre la vulve qu'elle ne tarda pas à franchir, ce qui permit de reconnaître à la vue la position déjà exactement déterminée au toucher. La sortie du reste de l'enfant s'opéra de la manière la plus simple; les parties extérieures de la génération n'offrirent presque pas de résistance pendant le travail chez cette femme qui accouchait pour la sixième fois. Au passage, l'enfant avait expulsé du méconium. Immédiatement après la naissance, l'enfant était beaucoup plus rouge que cela n'a ordinairement lieu; il ne paraissait pas non plus avoir acquis le développement convenable d'un enfant à terme, ce qui s'appliquait surtout à ses membres pectoraux et pelviens. Peu de temps après l'accouchement il rendit encore une notable quantité de méconnium; il portait en outre une hydrocèle par infiltration aux deux bourses qui égalaient ensemble le volume d'une pomme ordinaire.

Environ dix minutes après l'expulsion de l'enfant, je voulus procéder à la délivrance; malgré des efforts assez considérables, et quoique depuis la sortie de l'enfant il se fût écoulé un temps suffisant pour permettre à l'utérus de revenir sur lui-même et d'achever le décollement du placenta, je fus surpris de ne pouvoir lui imprimer aucune impulsion. Toutefois ne pouvant soupçonner qu'un défaut de retour sur lui-même de l'utérus, je crus prudent d'attendre plus longtemps et de continuer les frictions sur le ventre pour hâter ou réveiller les contractions utérines, et laisser ainsi achever le décollement du placenta, en supposant qu'il adhérât encore par quelque point. Environ dix minutes après, je renouvelai les tentatives d'extraction, ce fut avec tout aussi peu de succès que la première fois. Je fus dès lors porté à croire un instant que le placenta dont une portion se fesait sentir à la partie supérieure latérale gauche du col, était retenu et fixé vers ce point par l'effet des tractions qui lui étaient imprimées, ou que peut-être il y avait établi ses adhérences. Quoi qu'il en fût, je voulus augmenter alors les tractions sur le cordon en leur imprimant une direction plus perpendiculaire, et sans en obtenir aucun résultat avantageux, j'opérai la rupture de cet organe à trois pouces environ de l'entrée de la vulve; les difficultés de ce temps de l'accouchement ayant été ainsi accrues, il devint urgent d'apprécier d'une manière plus exacte la nature et le siége de l'obstacle auquel j'avais affaire. Portant à cet effet la main gauche dans la cavité de l'utérus, en glissant sur le placenta pour m'assurer s'il adhérait réellement à quelque point du col, je pus sans difficulté la promener autour de cet organe que je trouvai flottant dans la cavité de la matrice et entouré de caillots sanguins. La main poussée alors

plus loin jusqu'à la rencontre d'un obstacle, je trouvai le placenta placé de champ, et fortement étranglé par un rétrécissement circulaire et la constriction intense sur lui des fibres du fond de l'utérus. Le placenta était froncé, formait des plis que je n'eus pas de peine à sentir et paraissait notablement rétréci au lieu où l'étranglement commençait; ayant ensuite parcouru et cherché à apprécier avec soin le contour du bourrelet utérin qui constituait l'étranglement, je le trouvai épais, arrondi et résistant.

Après avoir reconnu avec précision la nature de l'obstacle qu'il fallait vaincre, je me demandai un instant quelle était la marche la plus sûre à suivre. En saisissant avec la main déjà portée dans la cavité de la matrice, le placenta, pour essayer de l'entraîner au-dehors, je devais surtout craindre de déchirer cet organe au point où il était étranglé et d'en laisser par conséquent une partie dans l'intérieur même du diaphragme utérin ou dans l'arrière-cavité qu'il concourait à former; de la sorte la portion déchirée du placenta se fut bientôt putréfiée dans ces cavités d'où l'on n'eût pu l'extraire par aucun moyen; ces reflexions m'éloignèrent de toute tentaitve semblable et me firent en même temps recourir à un moyen plus sûr de dégager la portion pincée du placenta et d'entraîner celle que je devais supposer enchatonnée dans l'arrière-cavité anormale de la matrice; j'essayai à cet effet d'introduire le doigt indicateur entre le placenta au point où il était pincé, et le diaphragme qui en opérait l'étranglement; mais je ne parvins à son introduction qu'après avoir éprouvé beaucoup de difficultés, à force de précaution et de patience; la résistance du diaphragme utérin était si grande, que j'eus lieu de douter d'abord si ce n'était pas plutôt à la faveur de l'affaissement de la portion étranglée du placenta que par la dilatation réelle du cercle utérin, qu'il me fut permis d'opérer cette introduction. Ainsi placé, le doigt était fortement serré, ce qui m'empêcha de le pousser assez loin pour reconnaître et d'appuyer sur le bord de la portion du placenta renfermée dans le kyste; je voulus alors en fixant ce doigt dans la demi flexion, le faire appuyer en manière de levier sur la portion pincée du placenta pour combiner cette impulsion avec quelques tractions exercées sur le cordon qu'il fallut désormais saisir avec l'autre main munie d'une compresse, dans l'intérieur même du vagin. Cette manœuvre resta impuissante, malgré des efforts de traction assez considérables, exercés pourtant avec toute la prudence nécessaire pour ne pas déchirer de nouveau le cordon ombilical qui, déjà trop court, augmentait les difficultés à vaincre.

En présence de ces obstacles toujours croissans, je crus devoir insister uniquement sur la dilatation mécanique du diaphragme utérin pour dégager le placenta; à cet effet, je parvins à introduire le doigt médius en même temps que l'index, mais après de longs efforts et

d'une manière insensible; alors je luttai quelque temps contre la constriction du cintre utérin, en réagissant sur lui avec ces doigts pour le dilater. Je ne les retirai que quelque temps après, lorsque je pus raisonnablement penser avoir obtenu quelque dilatation de ce rétrécissement. Je repris aussitôt les tractions sur le cordon ombilical, en agissant avec l'autre main immédiatement sur le placenta, et je parvins enfin à le dégager et à l'entraîner au-dehors.

Je m'empressai d'examiner avec soin le placenta pour reconnaître son état, et m'assurer s'il n'aurait pas été déchiré par les tractions que j'avais dû y exercer, et s'il n'en serait pas resté quelque portion dans la cellule utérine. Le placenta offrait un étranglement et un amincissement circulaire au point où il avait été pincé, et cette forme était permanente et se conserva long-temps après la délivrance. Du côté de sa face fœtale on voyait distinctement des plis, des froncemens qui venaient converger vers l'étranglement, comme cela aurait lieu, pour ainsi dire, sur un corps rond, mince et compressible dont on rétrécirait un des diamètres. L'étranglement portait à-peu-près sur la partie moyenne du placenta.

Il ne fut pas aussi facile qu'on pourrait le croire de reconnaître s'il était resté quelque portion du placenta dans ce kyste ou la cavité du cintre interne, ce qui pourtant était d'une si grande importance à constater. En effet, le placenta avait été tellement froncé au voisinage, comme sur l'étranglement lui-même, que la plupart de ses cotylédons étaient déchirés, séparés les uns des autres, adhérant par quelques points seulement aux membranes fœtales, sans former une surface continue et uniformément arrondie. Cette circonstance vint légitimer le désir que j'avais déjà de porter de nouveau la main dans la cavité de la matrice pour constater le nouvel état des parties. Avant de parvenir au diaphragme, situé très-haut, je rencontrai une assez grande quantité de caillots fixés et pendant aux parois de l'utérus. Je ne les détachai que le moins possible, dans la crainte de provoquer l'hémorrhagie, ayant toutefois le soin de m'assurer de leur consistance pour ne pas les confondre avec quelque portion du placenta; portant ensuite la main plus haut vers la partie supérieure de l'utérus, je rencontrai de suite le diaphragme anormal; son ouverture s'était déjà beaucoup resserrée, car elle ne permettait plus que difficilement l'introduction des deux doigts médius dont la présence y excitait des contractions qui tendaient à en augmenter encore le resserrement. Pénétrant bientôt, le plus loin possible, dans le kyste utérin, je n'y rencontrai aucune portion de placenta; à la vérité il ne me fut pas possible de porter les doigts assez haut pour explorer convenablement toute l'étendue des parois et de la cavité de ce kyste; mais à sa partie supérieure et antérieure, je rencontrai un corps d'une dureté singulière. Je crus au premier abord à la présence

d'un autre fœtus dans cette arrière-cavité, et ayant aussitôt essayé de le soulever, je ne lui imprimai que de légers mouvemens de totalité qui ne s'accompaguèrent d'aucune sensation de ballottement. J'essayai de le comprimer entre ce doigt et la main droite appliquée sur les parois abdominales, ce qui me fit reconnaître un corps dur, arrondi, offrant quelques bosselures, égal à la moitié de la tête d'un enfant à terme. A ces signes il n'était pas difficile de reconnaître un polype fibreux développé peut-être dans l'épaisseur des parois de l'utérus, et dont l'accroissement s'était surtout opéré du côté de la cavité abdominale. Ce jugement me fut confirmé par les réponses de la malade, que je rapporterai bientôt. Je ne tardai pas à éprouver une constriction assez forte sur le doigt que je gardais dans le cercle utérin qui s'était notablement resserré depuis; sa présence y déterminait une sensation remarquable par la précision avec laquelle elle était perçue. Cette femme me déclarait sentir distinctement tous les effets de compression ou de frottement que j'y exerçais au moyen de ce doigt. Pendant toutes ces recherches, elle n'avait éprouvé de douleur que pour l'introduction de la main, et seulement lorsqu'elle franchissait la vulve et le col de l'utérus : sa présence dans la cavité de la matrice et du cercle utérin ne causait pas de douleur. Toutes ces explorations terminées, je fis placer la malade dans un lit convenable. Elle sortit de l'hôpital le dixième jour après ses couches.

Cette femme, âgée de 41 ans, brunisseuse en porcelaine, est d'un tempérament sanguin-lymphatique. Jamais elle n'a été malade d'une manière bien sérieuse. Elle a eu six grossesses, et elle n'a éprouvé d'autre accident à la suite de ses couches qu'une perte pour laquelle elle resta six semaines malade; et qui fut provoquée par le froid qu'éprouva cette femme en lavant du linge pendant l'hiver, huit jours après l'accouchement. Elle a eu trois garçons et trois filles; il lui en reste quatre, deux de chaque sexe. Une de ses filles succomba à la teigne granuleuse dont elle était traitée à Saint-Louis; elle avait déjà vu mourir un garçon dans les convulsions, neuf jours après sa naissance. Après être accouchée de sa fille aînée âgée de treize ans, et qui vit encore, cette femme déclare avoir senti dans la région hypogastrique une tumeur dont elle n'avait jamais constaté l'existence avant ni pendant sa grossesse. Elle me persuada qu'immédiatement après ses couches, cette tumeur était tout aussi grosse qu'aujourd'hui. Cette femme devint de nouveau enceinte dix-sept mois après, et accoucha bientôt d'une autre fille, celle que nous avons dit être morte de la teigne. Onze ans et demi plus tard, elle est de nouveau devenue enceinte du garçon dont elle vient d'accoucher et dont j'ai déjà signalé l'état. Pendant ces grossesses, cette femme n'avait nullement conscience de la tumeur, mais dans leur intervalle elle la sentait flotter dans l'abdomen, et se porter de préférence du côté droit.

Elle ne donne lieu à aucune douleur. La malade croit quelquefois la sentir se remuer spontanément, mais cela n'arrive que quand elle se tient assise, et que par suite la matrice ne repose pas sur une de ses faces, et est seulement soutenue par ses ligamens qui lui permettent alors des mouvemens latéraux d'inclinaison. Cette femme a toujours été réglée à des époques fixes, jamais elle n'a eu de ménorrhagie; la tumeur est dure, s'élève du fond de l'utérus vers l'ombilic; son volume est égal au moins à la moitié de la tête d'un enfant à terme; elle est arrondie, présente à sa surface quelques saillies irrégulières peu nombreuses. Elle n'offre point de résistanee, et même pressée entre le doigt introduit dans l'utérus et la main droite placée sur l'abdomen, elle a offert une résistance considérable sans laisser percevoir aucune sensation ni compression propre à déceler un liquide. Si du reste elle eût été formée par un kyste, elle aurait sans doute suivi une marche plus rapide d'accroissement depuis treize ans que son existence est bien positivement reconnue. Tous ces signes négatifs établissent, d'une manière pour ainsi dire certaine, la nature cellulo-fibreuse de cette tumeur. L'excrétion des matières fécales et de l'urine n'a jamais été sensiblement viciée chez cette femme, ce que permet aisément de comprendre la situation élevée de la tumeur, quelles que soient ses dimensions

Pharmacologie.

Sur l'apocynum cannabinum ou chanvre indien; *par J. H. Griscom, M.-D. à New-York.* — Les propriétés de l'*apocynum cannabinum* ou *chanvre Indien*, ont été jusqu'ici très-peu connues sous le point de vue médical et chimique. Cependant cette plante mérite à plusieurs titres l'attention des hommes de l'art.

L'apocynum cannabinum appartient à la feuille des Apocynées de Jussieu. C'est une plante indigène de l'Amérique du Nord, généralement connue sous le nom de *chanvre Indien;* on l'appelle aussi *mort aux chiens.*

La racine de cette plante est vivace et rampante; sa tige brune, à peu près de deux pieds de hauteur; ses feuilles sont lisses, alternes; la plante entière contient un suc laiteux très-abondant. Les fleurs sont disposées en petits bouquets, d'une couleur blanche ou herbacée. Cette plante croît dans la Virginie et le Canada; elle fleurit depuis le mois de juillet jusqu'en septembre. L'écorce de la tige, quand elle est sèche, est très-fibreuse, de sorte qu'on peut l'enlever sous forme de cordons coriaces. Les Indiens de l'Amérique du Nord préparent cette écorce comme nous faisons le chanvre et en font de la ficelle, des sacs, des filets et lignes pour pêcher, et même de la toile pour leur usage.

La racine de l'apocynum canabinum, la seule partie de la plante dont on fasse usage en médecine, est souvent très-tortueuse; elle

consiste en deux portions distinctes : le corps de la racine qui est couvert d'une écorce, et la portion ligneuse qui est d'une couleur jaune-blanchâtre, et d'une saveur extrêment amère, peu odorante ; la partie corticale est d'une coleur brune à l'extérieur, blanche et lisse à l'intérieur ; sa saveur est extrêmement amère et un peu nauséabonde. Son odeur est forte et désagréable.

L'analyse chimique prouve que l'apocynum cannabinum contient: 1° du tannin ; 2° un acide (peut-être l'acide gallique) ; 3° de la gomme ; 4° de la résine ; 5° de la cire ; 6° de la fécule ; 7° un principe amer ou *apocynine* ; 8° une matière colorante ; 9° du ligneux. Probablement il existe aussi dans les racines fraîches de cette plante une quantité considérable de caoutchouc.

Suivant M. Griscom, les propriétés médicales de cette racine sont d'une haute importance ; car, assure-t-il, c'est un des plus puissans remèdes contre l'hydropisie. La meilleure manière de l'administrer est en décoction, et en effet les expériences chimiques prouvent que par l'ébullition dans l'eau, on extrait les principes actifs de cette plante beaucoup mieux que par l'action de l'alcohol.

Le chanvre indien pris à l'intérieur, agit comme émétique, comme purgatif, comme sudorifique et comme diurétique. C'est encore un sternutatoire violent, comme l'auteur l'a observé sur lui-même.

Introduit dans l'estomac, son premier effet est de causer des nausées, et si l'on en augmente la quantité, des vomissemens ; son action sur le canal intestinal est très-prompte ; il produit des selles abondantes et liquides ; son administration est presque toujours suivie d'une transpiration générale, et c'est à cet effet que doit être attribuée l'efficacité de cette plante dans les cas d'hydropisie (ascite). Ses effets diurétiques ne sont pas toujours très-marqués ; cependant, dans quelques cas elle a produit un écoulement considérable d'urine.

L'hydropisie est la seule maladie contre laquelle on ait jusqu'à présent employé avec succès l'apocynum cannabinum. Son action puissante et souvent très-violente, semble en interdire l'usage dans toutes les affections accompagnées de beaucoup de fièvre.

L'auteur termine son mémoire par plusieurs observations dans lesquelles l'apocynum cannabinum paraît avoir agi avec une grande efficacité.

Obs. I.re A. B., âgée de 68 ans, qui vivait régulièrement, s'étant exposé au froid et à la fatigue, éprouva bientôt une difficulté de respirer, particulièrement quand il était au lit, ou qu'il montait un escalier ; comme il était d'une constitution pléthorique et robuste, on prescrivit la saignée, qui produisit une amélioration dans les symptômes, et diminua spécialement la difficulté de respirer. Cependant, au bout de quelque temps, les extrémités inférieures devinrent œdémateuses,

et il se manifesta une hydropisie ascite. Comme tous les symptômes augmentaient, quoiqu'on eût agi vigoureusement par les saignées, les purgatifs, et les diurétiques, on prescrivit une décoction de l'apocynum cannabnium; au bout de deux jours, ce médicament produisit des nausées fréquentes et des vomissemens. A ces effets se joignirent d'abondantes évacuations alvines, accompagnées d'une diaphorèse abondante. On cessa alors l'usage de tous les autres médicamens pour pouvoir bien constater l'action de l'apocynum. Il faut observer que cette plante avait d'abord produit un léger effet diurétique. Son action sur la peau, l'estomac et les intestins fut facilement entretenue par l'administration de la décoction à petites doses souvent repétées. Bientôt tous les symptômes de l'hydropisie commencèrent à diminuer, et après un court espace de tems la maladie disparut totalement. Cependant on continua à faire prendre au malade, de temps en tems, une petite tasse de la décoction faite de la manière suivante : Racine d'apocynum cannabinum ℥ ij; Eau, ℔ iij. Faites bouillir jusqu'à réduction d'un tiers. Au bout de quelques jours, il ne put en supporter que deux ou trois petites tasses. Durant toute la convalescence, il en prit de temps en temps une ou deux petites tasses pour faciliter l'action des intestins quand il y avait de la constipation; on administra aussi ce médicament en pilules, à la dose de 3 ou 4 grains de la racine en poudre, trois fois par jour. Mais ces dernières produisirent des nausées si fortes qu'il fut nécessaire de cesser leur usage, et en outre elles n'eurent pas le même effet que la décoction sur les intestins et sur la peau.

L'auteur cite encore plusieurs autres cas de succès du même genre, parmi lesquels nous choisirons le suivant : Un enfant âgé de quatre ans présentait depuis quelque temps tous les symptômes les plus tranchés d'un épanchement d'eau dans les ventricules du cerveau. Après avoir vainement essayé tous les autres moyens, on eut recours à l'apocynum, et la force de l'enfant étant suffisante pour résister à l'action violente de ce médicament, particulièrement à son effet sur l'estomac et les intestins, les symptômes de l'hydrocéphale diminuèrent peu à peu, et l'enfant fut parfaitement guéri.

Dans un autre cas on administra le remède avec succès de la manière suivante : Racine d'apocynum cannabinum contuse, baies de genièvre, ana ʒ ij; eau ℥ ij, faites bouillir doucement jusqu'à réduction d'un tiers, passez et ajoutez : teinture de genièvre ℥ iv. On ajouta l'esprit de genièvre pour mieux conserver la préparation dont on administra une petite tasse trois fois par jour, en ayant soin d'en diminuer la dose s'il se manifestait des vomissemens et des évacuations alvines trop abondantes. Sous cette forme le médicament produisit une diurèse des plus abondantes qui fut suivie d'une disparition prompte des symptômes de l'hydropisie.

Ce ne fut qu'après que l'article précédent fut écrit, que l'auteur eut

connaissance des observations publiées sur le même sujet par le docteur M. L. Knapp, en 1826, dans l'*American Medical Reviews and Journal.* Quoique les résultats de quelques-unes des expériences faites par M. Knapp, ou plutôt ses conclusions ne soient pas tout à fait d'accord avec ceux que M. Griscom a obtenus, cependant il reconnait en général l'exactitude des remarques de M. Knapp.

Il paraît que ce médecin a employé très-avantageusement l'apocynum dans d'autres maladies. En administrant la racine en poudre à la dose de gr. xv, elle agissait comme émetique, à peu près comme l'ipécacuanha; M. Knapp l'essaya sur lui-même et dans beaucoup d'autres cas. Il a observé aussi que ce médicament jouissait de la faculté de diminuer beaucoup la fréquence du pouls. Il l'a enfin administré comme altérant et expectorant à la dose de gr. ss. à gr. ij. (*The American Journal of the med. Sciences.* Mai 1833.

Académie royale de Médecine.

Séance du 1.er octobre. — Costume. — Une ordonnance du Roi détermine le costume des membres de l'Académie; ce costume sera un habit français noir, avec broderies violettes aux paremens et au collet; plus, une épée à poignée d'or et un chapeau demi-claque. — Une autre ordonnance donne aux membres-adjoints et associés résidans voix délibérative en matière de science.

Origine du vaccin. — M. le secrétaire donne lecture d'une note adressée par M. le docteur Fiard, et relative à l'origine du vaccin naturel. Jenner faisait provenir le vaccin de la maladie du cheval appelée les *eaux aux jambes.* M. le docteur Robert, de Marseille, à prétendu que le vaccin n'était autre chose que la variole communiquée à la vache, et modifiée, dulcifiée par cette transmission. Enfin d'autres soutiennent que la vaccine est une maladie propre à la vache, comme la clavelée au mouton. Pour jeter des lumières sur cette question, M. Fiard a tenté diverses expériences. D'une part, il a inoculé à quatre vaches la matière recueillie sur un cheval atteint des *eaux aux jambes.* D'autre part, il a inoculé à onze vaches du pus de variole recueilli sur des hommes varioleux. Dans l'un et l'autre cas il n'est rien résulté. M. Fiard voulait répéter l'expérience du docteur Sunderland, qui consiste à envelopper un animal avec les couvertures d'un varioleux; mais il sait que ces expériences viennent d'être en vain tentées à Alfort. En conséquence, il conclut que la vaccine est

une maladie propre à la vache, maladie qui n'est pas le cow-pox, bien qu'elle lui ressemble sous beaucoup de rapports, et qui n'a été que rarement observée en France. — M. Girardin, rapporteur de la commission actuelle de vaccine, expose que la commission a bien senti la nécessité de répéter les expériences du docteur Sunderland, expériences qui tendraient à prouver que la vaccine provient de la variole; mais n'ayant pas de fonds pour procéder à ces expériences, elle a prié M. Girard de les faire exécuter à Alfort; elles ont eu lieu le 15 septembre dernier; mais c'est en vain que des vaches ont été pendant plusieurs jours dans des couvertures qui avaient servi à des varioleux, il n'en est rien résulté. On n'a pas obtenu plus de succès en Angleterre ni en Italie. Une dame du département du Tarn n'a pas été plus heureuse, au rapport de M. Bousquet. M. Huzard annonce que l'ancien comité de vaccine a également tenté sans succès l'inoculation sur des vaches du avec pus des eaux aux jambes, et du virus vaccinal. M. Husson croit que sous ce dernier rapport, la mémoire de M. Huzard est en défaut. M. Boiveau-Laffecteur père, a, dit-il, été vacciné et avec succès, avec du vaccin pris sur la vache, et qu'on avait développé chez elle par l'inoculation de vaccin pris sur des enfans. M. Salmade assure aussi que, sur la proposition de M. Guillotin, du vaccin inoculé à une vache a produit chez elle le cow-pox, lequel a servi à vacciner des enfans.

Traitement du choléra-morbus. — M. le D.r Petit, médecin de l'Hôtel-Dieu, lit une note sur un moyen propre à provoquer, dans la période algide du choléra, une réaction prompte et salutaire. L'an dernier il appliquait tout le long de la colonne vertébrale des pièces d'étoffes de sept à huit pouces de long, et imprégnées d'un mélange d'ammoniaque liquide et d'huile essentielle de térébenthine; puis il recouvrait ces étoffes d'un linge de même dimension et humecté d'eau chaude; après quoi il promenait lentement sur le tout un fer à repasser assez chaud pour vaporiser les liquides et en repousser la vapeur sur les tégumens. Ainsi la sensibilité de la peau était excitée, en même temps que le tissu de cette membrane et la faculté absorbante restaient intacts, et une stimulation puissante était portée sur les nerfs qui président à l'action prête à s'éteindre du poumon et du cœur. Mais ce procédé avait pour inconvéniens de laisser une partie du tronc du malade exposée nue aux influences de l'air souvent humide et froid, d'obliger le malade à rester couché sur le ventre pendant tout le temps de l'opération. C'est à éviter ces inconvéniens que tendent les perfectionnemens que propose aujourd'hui M. Petit. Dans une boëte d'étain de deux pieds de long sur huit pouces de large et deux et demi de haut, il introduit de l'eau bouillante animée de sel commun. Cette boëte occupe le centre d'un paillasson de balle-d'avoine dont les bords se retroussent et recouvrent les angles de la

boëte; le malade est placé et maintenu sur cette espèce de lit pendant une demi-heure, trois-quarts d'heure; la vaporisation du liquide qui imprègne les flanelles placées le long du rachis, est effectuée et va rétablir le jeu des poumons et du cœur. La différence, comme on voit, consiste en ce que l'an dernier on appliquait le remède au malade, tandis qu'aujourd'hui c'est le malade qui s'applique au remède. M. Petit, à ce traitement externe, joint pour traitement interne une infusion aromatique légère, une potion antispasmodique, et l'usage de morceaux de glace mis de temps en temps dans la bouche. Sur quatorze malades auxquels M. Petit a fait, dans la récente récrudescence du choléra, application de son appareil, treize ont guéri, et plusieurs étaient déjà dans la période algide.

NUTRITION ET MALADIES DES HUMEURS DE L'ŒIL. — M. Bouillaud, au nom d'une commission, lit un rapport sur un mémoire de M. le docteur Bourjot-Saint-Hilaire, intitulé: *Essai sur l'application de la théorie du phénomène de l'endosmose et de l'exosmose à la circulation des humeurs de l'œil, à la nutrition du crystallin, et à quelques maladies de ces parties de l'œil.* Le travail de M. Bourjot se compose de trois parties. Dans la première, destinée à rappeler les opinions des divers physiologistes sur la manière probable dont se forment et se renouvellent les humeurs de l'œil, M. Bourjot cite l'opinion de M. Ribes, qui fait sécréter l'humeur aqueuse par les procès ciliaires; celle de Petit, qui attribue la nutrition du crystallin à une simple imbibition; celle de M. de Blainville, qui regarde le crystallin comme un dépôt non organisé. Il croit que la vascularité long-temps admise dans le crystallin pour expliquer la nutrition de cette partie de l'œil, et que la théorie qui long-temps a attribué les opacités de ce crystallin ou les cataractes à un travail inflammatoire, sont autant d'idées admises seulement *à priori*, et que l'observation stricte des faits doit faire rejeter. Dans la seconde partie, il rappelle la théorie de l'endosmose et de l'exosmose de M. Dutrochet, et en fait l'application à la formation et au renouvellement des humeurs de l'œil. Ainsi, soient deux fluides de densité différente, séparés seulement par une membrane, il s'établit aussitôt, dit M. Dutrochet, un fort mouvement d'endosmose du liquide le moins dense, vers celui qui l'est le plus, et un courant léger du liquide le plus dense vers celui qui l'est le moins, de sorte que l'équilibre tend à s'établir quant à la densité des deux fluides. Or, c'est en cela, selon M. Bourjot, que consiste le mécanisme de la circulation des humeurs de l'œil. — Par exemple, l'humeur aqueuse passe par endosmose à travers la capsule du crystallin. L'humenr de Morgagni passe en vertu de la même loi, à travers la paroi postérieure de la capsule crystalline dans les mailles du corps vitré; et celui-ci enfin se décharge dans les parois veineuses qui rampent à la surface de la membrane hyaloïde. Ainsi l'idée

mère de la théorie de M. Bourjot est que les humeurs de l'œil ayant des densités différentes, et étant séparées par des tissus animaux délicats, minces et poreux, ces humeurs se prêtent à un double courant d'endosmose et d'exosmose. Enfin, dans la troisième partie, M. Bourjot cherche à appliquer cette théorie à l'explication des maladies des humeurs de l'œil, aux diverses cataractes; par exemple, que la densité de ces humeurs varie; par suite leurs proportions, leur circulation changent, et se forment les diverses cataractes qui ne sont jamais, quoi qu'on en ait dit, le produit d'une inflammation. La commission donne des éloges au travail de M. Bourjot, plein d'idées ingénieuses.

MAISON CENTRALE DE DÉTENTION DE FONTEVRAULT. — *Scrofules.* — M. le préfet de Maine et Loire a fait envoi d'un rapport des officiers de santé de la maison centrale de détention de Fontevrault, sur les causes qui ont augmenté le nombre des scrofuleux de cette maison, en 1833. — Les officiers de santé attribuent cette augmentation aux variations de l'atmosphère et aux pluies continuelles de l'hiver. M. Londe, au nom d'une commission que l'Académie avait chargé d'examiner le rapport fait à l'autorité par les officiers de santé de la maison de Fontevrault, partage l'opinion de ces officiers de santé. Il approuve la proposition faite de construire sans délai des latrines dans l'infirmerie des hommes. Mais il veut que, si ces latrines ne peuvent être établies sur des courans d'eau, ou à portée des réservoirs qui les vuident incessamment, elles soient adaptées à un appareil de fosses mobiles, et placées dans des tours aux deux angles diamétralement opposés du bâtiment. Il conseille aussi de placer entre chaque lit, pour les malades qui ne peuvent sortir, des chaises percées dans lesquelles on versera préalablement un peu d'eau de chaux.

Séance du 8 octobre. — CAUSES DE LA PRÉSENTATION PLUS FRÉQUENTE DE LA TÊTE DANS L'ACCOUCHEMENT. — M. Maygrier lit un mémoire sur cette question, que dans une des précédentes séances de l'Académie avait déjà traitée M. P. Dubois. Ce dernier avait attribué la position de la tête du fœtus en en bas, non à l'influence de la gravitation devant porter au lieu le plus déclive cette partie du fœtus qui est la plus lourde, ainsi qu'on l'avait fait jusqu'à présent, mais à un instinct du fœtus qui faisait prendre à cet être la position la plus favorable à la sortie. C'est à réfuter cette opinion que tend le mémoire de M. Maygrier. On ignore encore, dit cet accoucheur, la marche que suit l'œuf humain pour s'introduire dans l'utérus, et sous quelle forme il y pénètre; mais il est sûr que lorsqu'il y entre, la cavité de l'utérus est si vaste relativement à lui, qu'il y est comme perdu, pesant moins que le liquide au milieu duquel il est suspendu. Il est donc impossible de dire quelle y est alors sa position; et ce n'est que plus tard, lorsque par suite de développemens il aura contracté des

communications avec l'utérus, qu'il aura une position déterminée. Or, il faut distinguer ici, et la *position absolue* du fœtus, c'est-à-dire celle qu'affectent entr'elles les diverses parties de son corps. et la *position relative*, c'est-à-dire, sa situation relativement à l'utérus. En ce qui concerne la première pendant tout le cours de la grossesse, à partir des six premières semaines, le fœtus se rencontre la tête abaissée sur la poitrine, les bras croisés sur cette partie, le tronc recourbé sur lui-même, les cuisses fléchies sur l'abdomen, et les jambes sur les cuisses; et dans cette position pelotonnée et comme accroupie il représente assez bien un ovoïde dont les deux extrémités sont très-bien disposées pour franchir spontanément et sans obstacles la filière osseuse du bassin. Est-ce à la pression exercée par la matrice sur l'enfant, ou à la forme de cet organe, qu'il faut attribuer cette position de l'enfant? Non, car dans l'origine la matrice est sans influence sur le fœtus, qui est comme isolé, perdu dans sa cavité. Cette position est l'effet de l'évolution propre de l'enfant, du mode selon lequel il se développe, et certainement elle ne doit être attribuée alors ni à une influence physique extérieure, ni à une impulsion instinctive. Jusque-là le fœtus est sous l'influence unique des lois de la nutrition, et il en sera de même jusqu'au moment où, ayant acquis une consistance pondérable un peu prononcée, il sera de plus, comme tout corps matériel, soumis aux lois physiques de la pesanteur. Arrivant ensuite à la position relative du fœtus, M. Maygrier avance que ceux qui ont attribué à la seule influence de la gravitation la position de la tête du fœtus en en bas, ont bien saisi la cause principale, mais en ont négligé plusieurs autres tirées de l'action de la matrice, de celle des eaux de l'amnios, etc. D'abord il ne peut concevoir que dans cet état de pelotonnement dans lequel se montre le fœtus, cet être ait le moindre sentiment de son existence, la moindre volonté, et par conséquent cet instinct en vertu duquel, selon M. Dubois, il prendrait la position la plus favorable à sa sortie : des actes sensoriaux, loin de lui servir alors, lui seraient au contraire nuisibles : et si l'on le sent se mouvoir dans le sein de sa mère, ces mouvemens ne révèlent pas en lui une volonté, mais se produisent irrésistiblement en lui consécutivement à ses relations organiques avec sa mère. M. Maygrier ensuite fait remarquer que des deux extrémités de l'ovoïde que représente alors le fœtus, et par lesquelles il peut effectuer sa sortie, celle de la tête est la plus favorable, et celle dont la nature a dû rendre la présentation la plus fréquente. Or, comment est-elle arrivée à ce résultat? Pour parvenir à la connaissance de ce fait, il faut, dit M. Maygrier, suivre le produit de la conception dans l'utérus, pendant tout le temps qu'il y séjourne, y vivre en quelque sorte avec lui, suivre de l'œil et du geste les divers mouvemens qu'il y exécute, et ne le quitter qu'au moment de l'accouchement. Or, voici le tableau

qu'il trace des faits relatifs à ces recherches. Jusqu'au deuxième mois de la grossesse, la position relative du fœtus n'est pas rigoureusement déterminée : cela résulte de sa mollesse, de sa forme globuleuse, de son défaut de pesanteur spécifique, de l'apparence à peine visible du cordon ombilical, d'une part; et d'autre part, de la nature épaisse qu'a alors le liquide amniotique, de la forme arrondie de la matrice. A la fin du troisième mois, au contraire, se détermine la position qu'affectera alors le fœtus pendant toute la durée de la grossesse. Alors en effet la matrice, jusqu'alors renfermée dans le bassin, commence à s'élever au-dessus du détroit supérieur, et offre une amplitude qui permet au fœtus d'obéir avec plus de facilité aux mouvemens qui lui sont imprimés : les eaux de l'amnios sont moins glutineuses, deviennent plus légères, et le fœtus les surpasse en pesanteur spécifique; le développement de celui-ci se fait de telle manière, que ses parties supérieures (tête, tronc, membres thoraciques), sont déjà volumineuses, pesantes, tandis que ses parties inférieures restent minces, exiguës. Conséquemment ces parties supérieures doivent, par le fait seul de la gravitation, se porter en en bas, et le cordon ombilical, qui est alors court, mais déjà assez consistant, doit permettre ce mouvement. Ainsi le fœtus prend la position qu'il gardera toujours; et, en effet, la forme elliptique alongée que prend de ce moment la matrice, ne lui permettrait plus de la changer. Et en effet, cette situation n'est-elle pas révélée par le toucher, dès le cinquième mois de la grossesse, quand on fait exécuter au fœtus le mouvement dit de *ballottement*? A toutes ces causes de la position de la tête du fœtus en en bas, M. Maygrier ajoute l'impulsion exercée sur la tête par le sang que projette le ventricule gauche du cœur du fœtus dans les artères sous-clavières et carotides. Il est bien vrai qu'on a objecté au système qui explique, par la pesanteur, la position de la tête du fœtus en en bas : 1.° que dans les fausses-couches de deux et trois mois, les petits fœtus n'ont pas présenté la tête, et le plus souvent sont venus par le siége; 2.° que la plupart des enfans qui meurent du septième au huitième mois de la grossesse, viennent aussi par le siége; 3.° et qu'enfin dans des expériences, on a vu des enfans morts plongés dans l'eau y rester suspendus dans une position horizontale, et sans que la tête se précipite au fond du vase. Mais M. Maygrier répond : 1.° que les avortons de deux à trois mois sont si mous, si peu consistans, que la matrice, en se contractant sur eux, les replie, les fait sortir en double, en quelque sorte; 2.° que si les fœtus de sept à huit mois morts, sont le plus souvent expulsés par le siége, cela tient au fait de leur mort qui amenant en eux de la flaccidité, de la mollesse, permet bien plus à la matrice de modifier, par ses contractions, leur position première. 3.° Enfin, que les expériences invoquées sont sans valeur, comme assimilant à ce qui arrive à un

cadavre d'enfant plongé dans un baquet d'eau, ce qui arrive à un enfant vivant renfermé dans la matrice, et se développant dans l'intérieur de cet organe vivant et actif lui-même.

Cette lecture provoque une discussion qui remplit le reste de la séance. — M. Dubois ne trouve pas dans le mémoire de M. Maygrier des argumens assez forts pour le faire renoncer à son opinion. Les expériences qu'il a faites et qu'il invoque ont été faites par lui avec le plus grand soin, et sur des enfans qui n'avaient pas respiré. Si la pesanteur peut avoir quelque part sur la position de la tête du fœtus en bas, chez la femme dont l'utérus présente des plans inclinés, il ne peut plus en être de même dans les animaux où la matrice et les trompes sont horizontales, et cependant leurs fœtus sont situés comme le fœtus humain. Enfin l'influence de la position déterminée par les artères de la base du crâne, est une influence toute organique, et est une modification au système tout physique de la gravitation. — M. Maygrier réplique qu'il n'invoque pas la gravitation seule, mais qu'il lui assigne comme auxiliaires et les contractions de l'utérus et les courbures de cet organe. — M. Velpeau pense que M. P. Dubois a fort bien démontré l'insuffisance des lois physiques pour expliquer la position en bas de la tête du fœtus, mais qu'il n'a pas bien prouvé que l'instinct soit la cause de cette position ; comme M. Maygrier, il ne croit pas qu'on puisse assimiler un fœtus vivant et se développant dans la matrice avec un fœtus mort plongé dans un vase plein d'eau ; la comparaison avec les fœtus quadrupèdes n'est pas plus exacte, car ceux-ci ont la tête moins pesante que l'abdomen. Enfin il remarque que tout homme qui tombe de haut tombe constamment sur la tête. M. Capuron donne des éloges au travail de M. Maygrier, et en approuve toutes les propositions ; il a particulièrement, dans deux opérations césariennes qu'il a faites, reconnu l'exactitude de la position pelotonnée que M. Maygrier assigne au fœtus. Enfin, il est faux que les organes génitaux des femelles des quadrupèdes soient, au moment du part, dans une position horizontale ; en ce moment la vache se plie, et fait en quelque façon glisser le jeune animal sur un plan incliné.

Séance du 15. — Le président informe l'Académie que par suite de mutations et décès survenus parmi ses adjoints, une place est vacante dans cette classe de l'Académie. Une commission est nommée pour désigner la section à laquelle devra appartenir le membre à nommer.

Altérations de la moelle épinière chez un bœuf ; paralysie, etc. — M. Dupuy lit une observation dont voici la substance : Un bœuf de cinq ans avait les membres postérieurs paralysés, au point d'être privés de sentiment et de mouvement. Il avait la mastication imparfaite, la rumination à de longs intervalles, les battemens de l'artère maxillo-faciale accélérés, la respiration fréquente, courte, avec toux ; la peau collée aux os ; il avait de plus une diarrhée abondante. La mai-

greur, du reste, se bornait aux parties paralysées. L'animal fut abattu et ouvert. La partie de la moelle de l'épine qui correspond à la région lombaire était ramollie, la substance grise décolorée; les racines des nerfs qui prennent de là leur origine, étaient comprimées et en quelque sorte étranglées, entre autres les filets qui traversent les ményn-ges. Ces ményngės étaient épaissies et couvertes à l'extérieur de concrétions calcaires de couleur jaunâtre. Rien de singulier ne s'offrait dans le reste de cette moelle, non plus que dans le cervelet et le cerveau.

Ce fait prouve ce que l'on ne soupçonnait pas, il y a trente ans, et ce que cependant M. Dupuy soutenait dès ce temps là; c'est que l'action et les maladies de la moelle épinière ne dépendent ni de l'action ni des maladies cérébrales. Il constate de plus un genre de lésion contre lequel échouerait l'action de l'électricité, comme elle échoue contre un ver hydatique, contre une exostose, contre toute compression mécanique exercée plus ou moins fortement sur la moelle de l'épine. Ce bœuf avait de plus les muscles des régions lombaires et ceux des membres postérieurs décolorés, ramollis, atrophiés. Les intestins, le foie, les poumons offraient les altérations les plus étranges. Le péricarde était fondu sur le cœur, et le cœur était pâle et ramolli comme les muscles. Enfin, les ganglions lymphatiques du mésentère, de l'entrée de la poitrine, et ceux qui sont placés entre les divisions des bronches, renfermaient dans leur intérieur de nombreuses masses crétacées. M. Dupuy se propose de faire connaître dans un second mémoire sa manière d'envisager la proscution de ces masses extraordinaires et de ces lésions organiques si bizarres.

Typhus. — M. Bally lit un rapport sur deux mémoires de M. Fleury, médecin en chef de la marine à Toulon, relatif au typhus qui en 1830 et 1832 a régné dans le bagne de cette ville. M. Bally s'applique d'abord, par des exemples tirés des localités maritimes dans les différens points du globe, à réfuter les opinions avancées précédemment, savoir que le typhus se développait à Toulon par la stagnation des eaux et celle de l'air. Dans un second rapport, il rendra plus spécialement compte du travail de M. Fleury.

Instrumens pour l'obstétrique. — M. Dugès présente à l'Académie une suite de nouveaux instrumens relatifs à l'art des accouchemens. 1.° Une branche de forceps à cuiller tournante et à laquelle s'adaptent plusieurs crochets aigus ou mousses, un trois-quarts à hydrocéphale et un térébellum; 2.° une anse à fer à cheval qu'il désigne sous le nom de *basilabe*, que l'on fait glisser sur la base du crâne, et qui muni de trois lacs permet d'exercer des tractions; 3.° un crochet à délivrance pour remplacer la pince à faux germe de Levret; 4.° un *spéculateur* à deux branches mobiles; 5.° des pessaires garnis d'éponges et de formes variées : ces derniers instrumens peuvent être faits extemporanément en fil métallique, par l'ouvrier le moins ha-

bile ; 6.° un *céphalatome* à branches tranchantes très-puissantes qui, au moyen d'une ou de deux incisions faites sur la tête du fœtus, permettent de l'extraire, même à travers le bassin le plus rétréci.

Séance du 22. — M. Double commence la lecture d'un rapport sur l'organisation médicale. (V. aux *Variétés*.) — Comme la discussion de ce rapport occupera plusieurs séances, l'Académie tiendra des séances extraordinaires les samedi, pour ses travaux habituels.

Tumeur fongueuse de la dure-mère. — M. Bérard communique l'observation d'une tumeur fongueuse de la dure-mère, dont l'ablation a nécessité l'application de seize couronnes de trépan, et a été suivie d'une encéphalite mortelle, 34 heures après l'opération. Il soumet la pièce pathologique à l'examen des membres de l'Académie.

Séance du 29. — Cette séance est remplie par la continuation de la lecture du rapport de M. Double.

Académie royale des Sciences.

Séance du 7 octobre. Traitement des névralgies faciales. — M. Double fait, un rapport sur le mémoire de M. Deleau, relatif à cette maladie et dont il a été déjà parlé ; M. Double a répété les expériences de M. Deleau sur diverses névralgies de la face et des membres ; mais il n'a observé qu'un effet sédatif marqué et non pas la guérison comme le prétendait l'auteur du mémoire. De plus, M. Double a vu que la dilatation de la pupille et le trouble de la vision qui résulte de l'usage de la belladone sont d'autant plus considérables et plus rapides que l'action sédative sur la douleur existante reste moindre ; les conclusions du rapport sont d'engager M. Déleau à continuer ses recherches.

Séance du 14 octobre. — Propriétés physiques et thérapeutiques du chromate de potasse — M. Jacobson, associé étranger de l'Académie, lit une notice sur cette substance. — Le chromate de potasse, qui supporte sans se décomposer l'influence d'une très-haute température, est cependant décomposé par le carbone, mais la décomposition n'a lieu que sous certaines conditions et elle est accompagnée d'une incandescence très-vive. Cette propriété peut être mise à profit pour augmenter la combustibilité de certaines substances végétales, telles que le linge, le coton, le papier ; il suffit de les imbiber d'une solution de chromate de potasse ; après la dessiccation elles brûlent en donnant beaucoup de chaleur et de lumière, mais pas de flamme. L'acide, les oxydes et les différens sels de chrome possèdent la même propriété, mais à un moindre degré, et M. Jacobson pense que, dans le cas du chromate de potasse la combustion ne dépend pas uniquement de la décomposition de l'acide chromique, produite sous l'influence du

carbone, mais bien plus de la décomposition de la potasse qui a lieu par l'action du carbone et par celle du chrome décomposé.

Parmi les applications qu'a faites M. Jacobson de l'action du chromate de potasse pour accélérer la combustion sans flamme des substances végétales, il indique les *moxas*, qu'il prépare d'une manière très-simple. Des bandes de papier Joseph pénétrées d'une solution de ce sel (une partie sur seize d'eau) sont roulées en cylindres dont on varie, suivant les indications, le diamètre et la longueur. Ces *moxas* brûlent facilement et sans qu'il soit nécessaire de les souffler ou de les ventiler. M. Jacobson indique d'autres applications qu'on peut faire des propriétés qu'il a observées dans ce sel. Ainsi, en chimie, il servirait pour la décomposition des substances organiques; en pharmacie, pour la préparation des pastilles fumigatoires; mais c'est surtout pour la pyrotechnie militaire qu'elle parait offrir de grands avantages, spécialement pour la prompte préparation des mèches. Une toile grossière imbibée d'une solution de chromate, cousue en forme de fourreau sur la corde qui doit servir de mèche, remplit parfaitement le but, tandis que le procédé ordinaire est très-long. Une autre propriété du sel étudié par M. Jacobson (celle de pouvoir se combiner avec différentes substances végétales ou animales sans se décomposer), jointe à sa grande solubilité dans l'eau, le rend propre à prévenir, dans une foule de cas, la fermentation ou la putréfaction; mais pour cet usage le bichromate est préférable au chromate neutre. Une solution très-étendue (4 parties de sel sur 1,000 d'eau) est propre à conserver les pièces d'anatomie sans altérer leur forme et leur consistance, et elle offre ce grand avantage sur plusieurs des préparations employées qu'elle n'oxyde pas les instrumens de dissection. Après être restées quatorze mois dans la liqueur, des pièces ont pu être disséquées et préparées presque comme si elles eussent été fraiches; du reste, ceci n'est vrai que pour les substances membraneuses, car les parties nerveuses, comme l'auteur du mémoire l'a reconnu, sont sujettes à s'altérer.

Quant aux effets du chromate de potasse comme remède interne. M. Jacobson en a constaté plusieurs qui avaient été observés avant lui par Gmelin et quelques autres qu'il se propose de faire connaître plus tard. Pour le présent, il se borne à faire remarquer que le chrôme réduit ne doit pas être rangé parmi les métaux très-vénéneux, et qu'il se place près du zinc, du bismuth et de l'antimoine. Appliqué à l'extérieur, le chromate de potasse agit comme résolutif, et s'il est concentré, comme corrosif. On en a retiré de bons effets dans le traitement des ulcères invétérés et de quelques affections cutanées. A l'extérieur, il agit comme émétique, aussi promptement que le tartre stibié et sans irriter le canal intestinal. Donné à la dose d'un demi-grain toutes les deux ou trois heures, il provoque des nausées, et peut être employé avec succès dans certaines affections de la poitrine et contre quelques accidens spasmodiques.

Séance du 21. — RAPPORT DES SEXES DANS LES NAISSANCES. — M. Girou de Buzaraingne lit un mémoire sur ce sujet. Dans ses précédens mémoires, l'auteur a considéré le sexe masculin comme déterminé par la prédominance de ce qu'il nomme la force motrice. Il a signalé toutes les causes qui, telles que le travail, la tempérance, les bonnes mœurs, peuvent accroître cette force, comme étant favorable à la procréation des garçons, et toutes les causes qui peuvent la diminuer, comme favorable à celle des filles. Dans les rapports d'âge, de sexe et de tempérament des pères et de la mère, il a trouvé aussi des causes procréatrices d'un sexe plutôt que de l'autre. Il y a fait observer qu'en France dans les départemens où domine spécialement l'industrie rurale, le nombre relatif des naissances masculines s'élève au-dessus de la moyenne; tandis que sous l'influence de l'oisiveté ou d'une industrie qui exige plus d'intelligence que de force, plus d'attention que de mouvement, croît le nombre relatif des naissances féminines. Les nouvelles recherches de l'auteur ont été entreprises sur l'invitation de l'Académie et pour répondre aux objections qu'avait élevées contre les résultats des premières un statisticien allemand. Afin de bien constater l'influence de la vie molle et sédentaire des villes, l'auteur s'est procuré, par l'entremise des préfets, les relevés authentiques des naissances pendant les dix ou douze dernières années dans les villes de Lyon, Marseille, Bordeaux, Rouen, Nantes et Montpellier. Là, comme à Paris, il a trouvé le nombre des naissances féminines au-dessus de leur moyenne dans toute la France. Des relevés statistiques pris dans diverses publications lui ont offert le même résultat pour beaucoup de grandes villes : au Cap de Bonne-Espérance, les maîtres produisent plus de filles que les esclaves. M. Girou avait fait remarquer dans son premier mémoire que les naissances hors mariage donnent un plus grand nombre relatif de garçons aux hôpitaux qu'à domicile. Cette observation est confirmée par les relevés des naissances de la ville de Paris, depuis 1817 jusqu'à 1831 inclusivement, et par ceux déjà mentionnés des principales villes de France. A cette observation, M. Girou en ajoute une nouvelle et analogue sur les enfans légitimes, mais le résultat est tout-à-fait opposé à celui qui a lieu pour les enfans naturels. Il attribue le premier de ces faits à la misère et au jeune âge des mères, et le second, à leur âge avancé, à la paresse ou à la débauche des maris, ou à leur débilitation, suite des privations et des fatigues que leur ont imposées les besoins d'une nombreuse famille.

M. Girou passe ensuite à l'examen des principales objections qui lui ont été faites; il explique par certaines conditions les résultats qui semblent opposés à son système. Ainsi, si en Suède, le nombre relatif des filles est plus grand qu'en France, c'est que les Suédois sont en général moins laborieux que les Français. Comme la rigueur du

climat de la Suède ne permet pas de s'occuper d'agriculture plus de trois ou quatre mois chaque année, ce peuple est plus manufacturier que cultivateur. En outre, une cause qui a eu jusqu'à présent de l'influence sur la prédominance des naissances femelles est que les femmes ne s'y marient guère que lorsqu'elles ont atteint leur parfait développement.

DÉVELOPPEMENT DES MAMMIFÈRES. — Le docteur Coste, dont les travaux entrepris, de concert avec le professeur Delpech, sur la formation des oiseaux, ont été couronnés par l'Académie, présente aujourd'hui ses recherches sur les mammifères. Il commence par constater la divergence des opinions des naturalistes sur cette question difficile, et s'attache à faire voir que l'œuf de la femme et des mammifères, cherché depuis tant d'années par les observateurs, n'a point encore été signalé ni décrit avec l'appui d'un assez grand nombre de faits pour mettre un terme à l'incertitude des savans. Cependant, au milieu des opinions contradictoires qui ont été émises, il en est deux qui semblent se partager les suffrages. La première considère les vésicules de Graaf comme les œufs des mammifères, pendant que la seconde admet au contraire que l'œuf est le petit corps sphérique que ces vésicules renferment.

Pour résoudre ce problême important, M. Coste a ouvert quarante lapines fécondées. Les faits qu'il a ainsi observés l'ont conduit à cette conclusion, que c'est véritablement le petit corps sphérique contenu dans les vésicules de Graaf qui est l'œuf des mammifères, et que cet œuf ne diffère en rien de celui des oiseaux.

Vésicules de Graaf. — Les vésicules de Graaf, dit-il, ne sont pas les œufs des mammifères, car elles sont bien plus volumineuses que les œufs qu'on rencontre dans les trompes utérines. Et, par exemple, chez les lapines, elles ont une ligne et demie de diamètre, pendant que les œufs trouvés dans les trompes n'ont qu'un seizième de ligne environ.

D'un autre côté, si l'on a égard à ce qui se passe dans l'ovaire deux ou trois jours après la conception, on voit bien que le nombre des vésicules de Graaf qui ont disparu est égal à celui des œufs qui sont arrivés dans les trompes utérines, mais qu'à la place qu'occupait chacune d'elles, leur membrane extérieure, déchirée dans un point seulement, persiste pour concourir à la formation des corps jaunes.

Ce fait, qu'il n'est plus possible aujourd'hui de révoquer en doute, démontre de la manière la plus évidente que ce ne sont pas les vésicules de Graaf qui doivent être considérées comme les œufs des mammifères, et qu'il ne faut par conséquent pas leur chercher d'analogie avec ceux des oiseaux.

OEufs des mammifères. — Il existe à la face interne de l'enveloppe propre des vésicules de Graaf, un dépôt membraniforme qui les

double dans toute leur étendue, excepté dans un seul point où se trouve logé un petit corps sphérique d'un sixième de ligne de diamètre. C'est là le véritable œuf des mammifères, il est transparent, et composé de la manière suivante :

1.° Une enveloppe extérieure, que M. Coste désigne sous le nom de vitelline, parce qu'à la manière de la membrane qui renferme le vitellus de l'oiseau, elle est en contact immédiat avec la cicatricúle, blastoderme ou son analogue; parce que, restant étrangère au développement des vaisseaux, elle renfermera le fœtus et ses annexes sans avoir avec eux aucune liaison de continuité.

2.° La membrane vitelline renferme dans sa cavité une masse sphérique d'un gris-jaunâtre, composée de globules et de granules. Cette masse est évidemment le vitellus des mammifères, car c'est sur lui que repose l'analogue de la cicatricule ou blastoderme, car c'est à ses dépens que ce dernier va se développer.

3.° A la surface du vitellus, on remarque une couche membraneuse d'un gris-jaunâtre, en contact par sa face externe avec la face interne de la surface du vitellus; c'est une vésicule complète dans laquelle le vitellus se trouve renfermé. Cette disposition semblerait, au premier abord, exclure toute comparaison avec la cicatricule de l'oiseau, puisque cette dernière n'apparait dans les prémiers temps qu'à la surface du vitellus, que comme une île formée par une lame circulaire. Mais si l'on considère que la cicatricule de l'oiseau, quelque temps après la conception, finit par se convertir en une vésicule complète qui renferme aussi le vitellus, on n'aura plus alors de répugnance à lui trouver de l'analogie avec la vésicule qui la représente chez les mammifères. Cette analogie paraîtra plus évidente encore si l'on réfléchit que les vaisseaux omphalo-mésentériques, qui se développent dans la vésicule du germe des mammifères, expriment d'une manière fidèle la disposition des vaisseaux latéraux ou du blastoderme des oiseaux, et que les premiers linéamens de l'embyron des mammifères apparaissent dans un point de la vésicule du germe constitué par des globules qui se groupent, suivant un ordre méthodique, de chaque côté d'un axe déterminé, à la faveur des mouvemens qui produisent le même phénomène chez les oiseaux.

L'œuf des mammifères a donc dans l'ovaire, comme celui des oiseaux, trois parties qu'il faut suivre dans toutes les modifications que la conception détermine : 1° la membrane vitelline; 2° le vitellus; 3° la vésicule du germe, blastoderme, ou cicatricule. Mais la cicatricule de l'oiseau, pendant que l'œuf est encore fixé dans l'ovaire, présente dans sa partie centrale une petite vésicule transparente découverte par Purkinge, et qui, s'il faut en croire Purkinge lui-même, se romprait à l'époque de la conception. Il fallait savoir si cette vésicule existe également chez les mammifères. A la suite de nombreuses

expériences, M. Coste commençait à croire que les animaux de cette classe en étaient privés, lorsqu'un jour, ouvrant une lapine non-fécondée, dans le seul but d'étudier les œufs dans l'ovaire, il découvrit pour la première fois, à la surface du vitellus et dans l'épaisseur même de la vésicule du germe, une petite vésicule d'une ténuité et d'une transparence telles qu'il est impossible de rien voir qui ressemble davantage à une bulle de savon, dont elle a toute la fragilité. Il en a fait constater l'existence par MM. Laurent, Lauvillard et Rousseau, et ces savans sont restés bien convaincus de l'existence d'une vésicule dans les œufs des lapines. L'auteur considère cette partie comme l'analogue de la vésicule de Purkinge chez les oiseaux. Il passe ensuite à l'examen des premières modifications que les œufs éprouvent après leur chute de l'ovaire.

Deux jours après la conception, les œufs ont pénétré dans l'oviducte. Ils sont tellement semblables aux petits corps sphériques que les vésicules de Graaf renferment, qu'il est impossible de douter que celles-ci ne soient véritablement les œufs des mammifères. La membrane vitelline, la vésicule du germe, le vitellus, n'ont point encore subi de modification sensible.

Quatre jours après la conception, les œufs sont parvenus dans les cornes de la matrice au nombre de quatre ou cinq pour chacune, et n'ont point encore de position déterminée. Semblables à une goutte d'eau ou à une bulle d'air, ils sont libres et mobiles. Ils ont une ligne de diamètre, et sont visibles à l'œil nu. On reconnaît la membrane vitelline et la vésicule du germe; mais le vitellus a été absorbé d'une manière proportionnelle à l'accroissement de la vésicule du germe.

Cinq jours après la conception, les œufs ont pris une position fixe qu'ils conserveront pendant toute la durée de la gestation. Ils se placent suivant une ligne constante dont ils ne s'écartent jamais, et qui correspond à l'insertion du mésentère. Ils n'ont encore avec la matrice, d'autre rapport que celui du contact, et cependant il faut un certain effort pour les en détacher. Leur forme n'a point éprouvé de modification; ils sont toujours sphériques, mais ils ont sensiblement augmenté de volume. Leur diamètre est de deux lignes environ. La membrane vitelline a pris un accroissement proportionnellement bien plus grand que celui de la vésicule du germe qu'elle renferme. La vésicule du germe n'occupe que le tiers à-peu-près de la capacité de la membrane vitelline. Elle possède tous les caractères qu'elle avait dans l'ovaire. Elle est retenue collée par un point de sa surface à la face interne de la membrane vitelline, et dans l'endroit par lequel cette dernière est appliquée sur la matrice. Dans ce même point, elle présente une tache circulaire ou elliptique, constituée par des nuages de globules qui se groupent suivant un ordre que M. Coste

déterminera dans un mémoire spécial. Pour le moment, il se contente de constater que cette tache se manifeste du côté de la matrice, qu'elle existe à la face externe des vésicules des germes et dans la superficie de son tissu, qu'elle est le rudiment de l'embryon.

En résumé, de tout ce qui précède, il résulte : 1° que c'est le petit corps sphérique contenu dans les vésicules de Graaf, qui est véritablement l'œuf des mammifères ; 2° que cet œuf est parfaitement semblable à celui des oiseaux.

Dans une série de mémoires, M. Coste continuera l'exposition du résultat de ses recherches. Il annonce que, durant le cours de ses expériences dispendieuses et difficiles à reproduire, il a pris la précaution de n'accepter jamais aucun fait comme constant sans l'avoir préalablement fait vérifier par quelqu'un des savans distingués qui suivaient ses travaux, et parmi lesquels il cite tantôt M. Turpin, tantôt M. Lauvillard, tantôt M. Rousseau.

VARIÉTÉS.

Rapport de M. Double, *sur un plan de réorganisation de la médecine en France.*

L'étendue du travail de M. Double est telle, qu'il nous serait impossible de le reproduire en entier. Nous n'en donnerons que des extraits, suffisans du reste pour en donner connaissance, et nous nous abstiendrons de réflexions pour le moment : le sujet a été si débattu il y a quatre ans, qu'il n'est pas besoin de beaucoup de commentaires pour apprécier le rapport de la commission de l'Académie, dans lequel on retrouve les qualités et les défauts ordinaires au talent de celui qu'elle a choisi pour son interprète ; et d'ailleurs nous aurons occasion, à propos de la discussion qui va s'ouvrir dans le sein de l'Académie, de revenir sur les questions principales qui y seront traitées.

L'honorable rapporteur commence par rappeler les circonstances qui ont donné lieu à la formation, en 1829, de la commission au nom de laquelle il presente un rapport, et celles qui ont interrompu et fait reprendre ses travaux. Après quelques considérations incomplètes et un peu vagues sur les institutions médicales actuelles et sur la nécessité d'une réforme, il trace par avance le résumé des questions agitées et résolues dans son rapport.

La question des officiers de santé, dit l'honorable académicien, méritait d'être traitée la première ; la commission a été amenée à demander la suppression de cette institution, ainsi que des jurys médicaux et de leurs promenades officielles dans les départemens.

Elle a songé à doter la médecine d'une sauve-garde nouvelle et puissante, par la création de conseils médicaux de départemens, qui seront, pour les médecins isolés dans les provinces, un moyen de rapprochement et d'action.

Elle réclamera la suppression complète des remèdes secrets proprement dits, plaie jusqu'à présent incurable de la médecine. Eclairée par des recherches historiques approfondies, elle espère indiquer les moyens de la guérir, en satisfaisant à la fois l'intérêt général et l'intérêt des particuliers.

Dans un chapitre très-étendu, et qui se composera de nombreux articles, elle poursuivra tous les abus qui se sont glissés dans l'enseignement et dans l'exercice de l'art de guérir; en prenant soin d'indiquer, à côté du mal, les moyens d'y remédier. Pour donner une idée de l'importance des questions qui y seront traitées, l'honorable rapporteur cite en exemple l'admission des médecins étrangers au bénéfice de l'exercice de la médecine en France, les délations imposéees par le pouvoir, la responsabilité médicale, les patentes, etc.

Enfin la commission terminera son travail en recherchant les abus qui se sont glissés dans l'exercice de la pharmacie. Elle demandera que la préparation, la composition, la vente des remèdes soient réservées uniquement aux pharmaciens; qu'on isole nettement et absolument la pharmacie de la droguerie et d'autres professions, qui tous les jours tentent d'empiéter sur elle; et là trouvera aussi sa place la question de l'utilité ou de la nécessité du *Codex*.

Après cet aperçu des travaux de la commission, le rapporteur traite la question de la convenance de deux ordres de médecins : il se demande si, de l'existence de ces deux ordres en Angleterre, en Allemagne, en Italie, en France, avant et après la révolution, on doit conclure à la conservation des officiers de santé actuels. D'abord, dit-il, cette idée de créer par une loi deux ordres de médecins inégaux en droits, en lumières, en capacités, répugne ouvertement à la raison et à la justice; l'humanité même en est sérieusement blessée. Quoi donc! il y aura une partie de la population à qui seront réservées toutes les ressources de l'art de guérir, et une autre partie livrée par avance aux erreurs, aux fautes, à l'ignorance d'une classe de praticiens inférieurs! Un pareil privilège n'est plus admissible en France; il serait odieux; il est absurde. Au lieu de chercher à rabaisser les intelligences en leur imposant un niveau inférieur, il faut tendre à les élever de plus en plus; il faut que la science soit accessible à tous, mais que tous soient obligés de cultiver également la science. C'est tout au plus si nos Facultés, avec les conditions qu'elles exigent de leurs élèves, avec leurs immenses moyens d'instruction, avec leurs nombreuses épreuves, peuvent parvenir à créer des médecins qui ne soient pas au-dessous de leur mission; comment voudrait-on confier la santé des ci-

toyens à des officiers de santé, privés tout à la fois des connaissances préliminaires indispensables à la médecine, des instrumens d'étude, et qu'on s'empresse de recevoir sans leur donner même le temps d'étudier. Si dans tous les arts les demi-connaissances sont nuisibles, à plus forte raison en médecine, où les moindres erreurs peuvent devenir irréparables et mettent en péril la vie des citoyens.

Créer des supériorités par un article de loi est absurde, et répugne à la force des choses. Les défenseurs de l'institution des officiers de santé disent qu'il n'est pas besoin de si hautes capacités médicales pour les campagnes; qu'ils se rassurent, les médiocrités ne manqueront jamais. C'est une loi de l'humanité à laquelle le législateur ne saurait porter remède; mais son devoir à lui est seulement de stipuler pour la société toutes les garanties qui sont à la fois possibles et nécessaires. Toutes ces garanties se résument dans le diplôme de docteur qui, sans doute, ne saurait donner à tous une égale capacité, mais qui donne à tous la même valeur légale; comme le poinçon à l'or, comme l'effigie du prince à la monnaie du royaume.

Telles sont les raisons qui militent pour la suppression des officiers de santé; mais les objections n'ont pas manqué contre cette mesure; il s'agit maintenant d'en apprécier la valeur.

Premièrement, nous dit-on, si vous exigez pour un diplôme de médecin des dépenses si considérables de temps et d'argent, il arrivera que beaucoup d'intelligences fortes, profondes, seront écartées de la carrière, beaucoup de vocations repoussées. Delà un double dommage, d'une part, pour les individus dont l'avenir sera perdu; d'autre part pour la science, à qui ces capacités que vous rejetez auraient pu imprimer une marche ascendante et glorieuse.

De plus, ces dépenses auxquelles vous assujetirez les petites fortunes amèneront nécessairement le désir bien naturel d'une rémunération proportionnée; et comme les grandes villes seules ont le privilège d'offrir un avenir brillant à l'ambition, cette masse de docteurs que vous aller créer viendra s'entasser dans les grandes villes, et laissera les campagnes livrées à des charlatans qui n'ont pas même l'intention à alléguer en leur faveur, ou bien encore à des sœurs de Charité dont le zèle fort louable ne saurait déguiser l'ignorance et l'impéritie.

Cette objection se réduit à ceci; que le prix trop élevé du doctorat repoussera des hommes qui auraient pu être la gloire de la science, et livrer les campagnes à des charlatans.

La réponse est facile à faire. Et d'abord, pour arriver à une profession qui promet à la fois de l'aisance, de la gloire, autant d'indépendance qu'aucune autre en puisse donner, sans risque à courir ni dans les biens, ni dans l'honneur, qui assure à tous ses membres une bonne position sociale, et enfin une existence au moins passable, est-ce réellement un trop grand sacrifice que celui de quatre à cinq

années d'étude et de 1,100 de dépenses ? Dans un moment où une jeunesse nombreuse encombre toutes les carrières, où les fortunes égalisées par la division des terres, en donnant à tous les pères de famille le pouvoir de faire des économies, leur en ont inspiré le goût, est-on fondé à craindre que la médecine manque de concurrens, et que les exigences si modérées de la loi en défendent trop sévèrement l'entrée ? Mais où donc est la profession placée aussi haut dans l'échelle sociale, et qui demande moins aux aspirans ? Nous trouvons partout sous des noms divers, le stage, le surnumérariat, la cléricature, etc.

Un des besoins de la médecine actuelle est, sans contredit, une répartition plus égale des médecins selon la population, en même temps qu'une répartition plus égale des lumières parmi les médecins. La médecine n'est pas seulement un art, c'est aussi une industrie, qui doit donner à chaque service rendu son salaire. Sans doute il serait à désirer, pour parvenir à ce but, qu'on pût enrichir les contrées pauvres et peupler celles qui sont désertes; mais si ces améliorations ne sauraient s'acquérir qu'après un long laps de temps, il est cependant des mesures sages qui peuvent, jusqu'à un certain point, les suppléer. Ainsi le nombre des docteurs ira en augmentant dans les campagnes, quand ils n'auront plus à craindre d'être confondus avec les officiers de santé; quand chacun d'eux, rempli de la dignité de sa profession, ne verra pas s'élever près de lui une ignoble coucurrence, et offrir la science au rabais. Il faut bien l'avouer; la plupart des officiers de santé n'ayant pas pour se diriger les souvenirs d'une bonne éducation première, ne suivent pas toujours dans leur conduite privée les voies les plus honorables; et quant à leur science, loin d'augmenter le peu de connaissances qu'ils ont pu acquérir, l'isolement où ils vivent les leur fait trop vite oublier. Delà pour les docteurs une répugnance justement fondée à se mêler à de tels hommes. Faites cesser cette cause d'éloignement, et soyez sûrs que les campagnes ne resteront pas longtemps sans médecins.

Enfin, dit-on, la loi a remédié à l'ignorance présumée des officiers de santé en statuant les cas où ils seraient obligés d'appeler un docteur. Mais cette délimitation, problème qui n'a pu être résolu, même en théorie, est bien autrement difficile à résoudre dans la pratique, surtout pour les cas graves que la loi n'a pu signaler. Ainsi tantôt c'est l'officier de santé qui ne veut pas appeler un docteur, et tantôt c'est la famille qui craint d'avoir deux médecins à payer; et ainsi dans les maladies les plus menaçantes l'officier de santé décide seul de la vie ou de la mort. C'est un fait qui se renouvelle tous les jours et dont la gravité ne saurait se dissimuler. On remarque que presque tous les orateurs qui ont pris la parole au Corps Législatif sur la loi d'organisation de la médecine étaient frappés de la crainte que cette institution des officiers de santé ne répandît sur toute la France une masse de praticiens ignorans; ces craintes ne se sont que trop réalisées.

Que ferait-on cependant pour assurer aux campagnes le nombre de médecins dont elles ont besoin ? Avant la révolution, dix-huit Facultés étaient en possession de recevoir des docteurs en médecine ; il est vrai qu'il y en avait moitié auxquelles on rougissait d'appartenir. Plus tard, lorsqu'il s'agit de réorganiser l'instruction, Condorcet proposa la création de neuf lycées, à chacun desquels serait attachée une Faculté. Aujourd'hui, nous ne comptons plus que trois Facultés en France ; mais en en érigeant trois autres, ainsi que la proposition en avait été faite en 1826 à la chambre des Pairs, savoir : une à Lyon, une à Rennes ou à Nantes, la troisième à Toulouse ou à Bordeaux, on aurait un total de six Facultés qui répondraient à tous les besoins. On trouverait un enseignement complet sur tous les points du royaume ; les élèves, moins éloignés de leurs familles, perdraient moins le souvenir de leur pays ; les agglomérations d'élèves, sans être trop nombreuses, le seraient assez pour entretenir l'émulation ; on aurait tous les avantages désirables. Mais pour retirer de ces établissemens tout le fruit qu'on aurait lieu d'en espérer, la première chose à faire serait d'assurer aux professeurs une complète indépendance ; il faudrait que leur nombre, fixé par un article de loi, ne pût être changé que par une autre loi. Les docteurs reçus dans le pays même s'y répandraient bientôt naturellement ; on pourrait d'ailleurs attacher des avantages à certaines réceptions, en imposant aux candidats la condition de s'établir dans une commune rurale. Enfin, le droit d'exercice dans les campagnes serait de beaucoup inférieur à celui qu'on exigerait pour les villes populeuses.

Enfin, nous avons à signaler comme mesure nouvelle la plus efficace pour répandre des médecins probes et éclairés dans les campagnes, la création de médecins cantonnaux.

Pour prévenir d'abord les objections principales, hâtons-nous de dire que la création de ces médecins cantonnaux ne sera point une mesure de rigueur et applicable à toute la France. Nombre de départemens, plus favorisés que les autres par la richesse du sol, par la beauté du climat, attirent assez de médecins pour les besoins de la population ; ceux-là pourront déjà en être exceptés. Dans les départemens même les plus pauvres, il ne sera pas encore nécessaire d'en nommer dans tous les cantons. Nous dirons plus : le besoin ne s'en fera sentir que dans le plus petit nombre. Prenez pour exemple l'Arriège, l'un des départemens auxquels cette mesure sera le plus profitable ; sur vingt cantons, six au plus réclameront des médecins cantonnaux. Dans le Haut-Rhin, où depuis dix ans cette institution existe et fait sentir sa salutaire influence, sur vingt-un cantons dix seulement ont leurs médecins spéciaux. Dans le Bas-Bhin, la même mesure a produit également d'heureux résultats.

Ceci peut servir à réfuter déjà l'objection qui se fonderait sur un

accroissement énorme de dépenses. Suivez maintenant le projet dans ses détails. Ces médecins cantonnaux ne pourraient être nommés que par les conseils de département, sur la demande expresse des conseils municipaux, approuvée par les conseils d'arrondissement. Les communes, le canton, le département contribueraient, chacun pour sa part, aux allocations de ces médecins, ce qui réduirait la dépense en la partageant; et déjà l'on y ferait face en partie avec les fonds destinés aux vaccinations, dont les médecins cantonnaux demeureraient naturellement chargés.

Ajoutez qu'à mesure que la richesse du pays augmentera, le nombre des médecins cantonnaux pourra être diminué et les allocations être moins fortes. De plus, dans cette foule d'établissemens industriels qui s'élèvent sur les points de la France, beaucoup emploient assez d'ouvriers pour avoir besoin d'attacher un médecin à l'établissement. Là où existe un autre médecin, un médecin cantonnal devient une superfluité. Enfin, il est permis de prévoir une époque où l'utilité bien reconnue de cette institution dépassera l'utilité des hôpitaux des villes peu populeuses. Quand ce sentiment aura pénétré dans les esprits, les legs, les donations, qui se font de nos jours à ces hôpitaux, ne se reporteront-ils pas naturellement sur l'institution des médecins de canton, ce qui diminuera d'autant les charges des départemens et des communes?

Jusqu'ici nous nous sommes bornés au raisonnement et aux faits généraux pour prouver les inconvéniens d'une classe inférieure de médecins et la possibilité de satisfaire à tous les besoins de la santé publique par les docteurs en médecine. Quelques données satistiques compléteront cette démonstration.

Dans son mémoire présenté à l'Assemblée constituante, la Société royale de médecine demandait, pour assurer le service de santé en France, un médecin par quatre lieues carrées. Pour notre population actuelle, il est évident que c'est trop peu. En 1826, la commission chargée de faire un rapport sur ce sujet à la chambre des pairs, proposait d'avoir un médecin pour une lieue carrée; c'était tomber dans l'excès opposé. Nous pensons que les besoins réels sont largement satisfaits quand chaque circonscription de deux lieues carrées possède son médecin; c'est le résultat que donne aussi la statistique des départemens où le service médical est le mieux assuré. D'après ces calculs, la France contenant 30,000 lieues carrées, c'est donc 15,000 médecins qu'il faut à la France.

Tel est le rapport nécessaire de la population médicale avec le territoire. Si nous cherchons dans quelle relation elle doit être avec la population entière, nous trouvons que la commission de la chambre des pairs demandait en 1826 un médecin pour 1,100 habitans, proportion évidemment exagérée. La société royale de médecine était plus dans

le vrai lorsque elle réclamait un médecin par chaque 2,000 habitans; ce qui, pour la population d'alors, évaluée à 22,000,000 d'âmes, formait un total de 11,000 médecins. C'est cette proportion que nous adoptons, et avec notre population actuelle, nous arrivons encore à peu près à notre premier chiffre, 15,000 médecins.

Nous aurions désiré pouvoir supputer le nombre des malades pour en déduire le nombre nécessaire des médecins; mais trop d'incertitude est attachée aux bases d'un pareil calcul pour que nous ayons dû nous y arrêter. Assigner le nombre des médecins d'après la mortalité ne serait pas plus sûr. En effet, certaines populations sont plus souvent malades que d'autres, sans que la mortalité soit proportionnellement plus forte; c'est ce qu'on observe surtout dans les établissemens où travaillent les doreurs, les peintres, les ouvriers qui manient le plomb, etc. La fréquence des maladies qui les atteignent est telle, qu'une société de secours mutuels, établie entre les ouvriers à Londres, a cessé par cette seule cause de recevoir parmi ses membres des individus qui appartiennent à l'une ou à l'autre de ces professions.

Nous nous en tiendrons donc au chiffre indiqué, 15,000 médecins, et en ajoutant un autre mille pour les médecins qui, livrés aux travaux du cabinet, sont perdus pour la pratique, nous arriverons à ce nombre total, 16,000 médecins.

Pouvons-nous donc espérer d'avoir et de maintenir au complet ce chiffre de 16,000 docteurs en médecine?

Sur 16,000 médecins, en supposant qu'ils commencent à exercer à vingt-quatre ans, la mort en emportera 362 par années, d'après les tables de mortalité de *l'Annuaire des longitudes*. Or, depuis plusieurs années, le terme moyen des docteurs reçus dans les trois Facultés de France, est de 390. Ainsi le nombre actuel des réceptions au doctorat fournirait déjà et au delà à tous les besoins du service; et de plus, il est démontré que le nombre de ces réceptions va en augmentant d'année en année. Ajoutez à cela que beaucoup d'officiers de santé et de fils d'officiers de santé tendent à devenir docteurs, tandis que que jamais les fils de docteurs ne se contentent du titre d'officier de santé.

Si cependant la nécessité de détruire l'institution des officiers de santé apparaissait à quelques esprits moins évidente qu'à nous, toujours faudrait-il au moins changer ce titre d'officier de santé, qui entraîne après lui une déconsidération trop justement méritée. Nous ne voulons point en ceci faire allusion aux officiers de santé actuels; mais la manière dont on accueillit dans ce corps toutes sortes d'individus, au sortir des troubles de la révolution, et les désordres qui s'en sont suivis, n'ont prévenu le public ni en faveur de leur délicatesse, ni à l'égard de leur science.

Toutefois la commission persiste à penser que l'institution en elle-

même n'en aurait pas moins d'inconvéniens. On supprimerait les jurys médicaux, dit-on ; on aurait des épreuves plus sévères ; mais alors pourquoi en faire une classe inférieure, et pourquoi, en exigeant d'eux la même instruction, leur donner un autre titre qu'aux docteurs ?

Qu'on les nomme d'ailleurs officiers de santé ou licenciés, les dangers restent les mêmes. Il sera toujours reconnu indispensable en principe de limiter leur droit d'exercice, de leur interdire le traitement des maladies les plus graves, la pratique de certaines opérations, leur circonscrire un territoire au-delà duquel leur diplôme sera sans valeur. Mais qui ne sait que cette délimitation, quant aux maladies, est tout-à-fait impossible dans la pratique ? Et, quant à la circonscription de territoire, conçoit-on les résultats absurdes qu'elle entraînerait, si elle était maintenue dans sa rigueur ? Une famille, en changeant de commune, sur les confins de deux départemens, serait donc obligée de renoncer à son médecin, quelque confiance qu'elle eût d'ailleurs dans ses lumières ? Et cette classe de médecins serait donc en quelque sorte réduite à la condition d'ilotes, et attachée à la terre comme jadis un serf à la ferme qu'il cultivait ! Chaque pas fait dans cette voie nous y montre de nouveaux obstacles.

En conséquence, et par cette raison surtout, que cette institution est nuisible aux intérêts de la société et de l'humanité, la commission, d'un avis unanime, conclut à la suppression des officiers de santé.

Quant aux jurys médicaux, la réprobation qu'ils ont soulevée est unanime. On sait comment ils furent institués dans l'origine, pour régulariser, moyennant un simulacre d'examen, le droit d'exercice, accordé sans droit ni mesure, à une foule d'ignorans et de charlatans. Du moins ils se bornaient à conférer le diplôme aux médecins déjà exerçant ; mais depuis, la loi de ventôse an 11 les a investis du droit exorbitant de recevoir des officiers de santé qui n'offrent pas même la preuve d'études dans les écoles, en même temps qu'elle mettait aux prises leur intérêt et leur devoir en faisant payer les examinateurs par ceux qu'ils examinent. Leur abrogation doit être immédiate, et cette nécessité, généralement reconnue, est une objection nouvelle contre l'institution des officiers de santé.

M. Double, dans sa séance du 29 octobre, ayant continué la lecture de son rapport, présente un projet d'articles d'une loi relative aux sujets précédens. Nous reproduisons ces articles tels qu'ils ont été donnés dans un journal confident habituel des œuvres de M. Double.

Art. I.er Les jurys médicaux, créés par la loi du 19 ventôse an XI pour l'examen et la réception des officiers de santé, sont supprimés.

Art. II. Il n'y aura désormais qu'un seul ordre de praticiens, savoir : des docteurs en médecine ou des docteurs en chirurgie.

Art. III. Les officiers de santé reçus jusqu'à la promulgation de la présente loi continueront à jouir de leurs droits comme par le passé.

Art. IV. Ces officiers de santé pourront acquérir le titre de docteur moyennant un examen, une consultation écrite et une thèse passée devant une Faculté.

Art. V. Il y aura en France six Facultés qui auront droit de recevoir les docteurs en médecine et en chirurgie, savoir : une à Paris, une à Strasbourg, une à Montpellier, une à Lyon, une à Rennes ou à Nantes et une à Bordeaux ou à Toulouse.

Les écoles secondaires de médecine actuellement existantes seront conservées. Deux années d'études dans une école secondaire équivaudront à une année d'étude dans une Faculté.

Art. VI. L'examen et la réception des docteurs ne seront plus confiés seulement aux membres des Facultés. Les médecins exerçant dans la ville et dans la banlieue du siége de la Faculté devront entrer pour un tiers dans la composition du jury d'admission.

Art. VII. Les conseils de département pourront subvenir aux frais d'un certain nombre de réceptions, à condition que les candidats admis à jouir de cette faveur devront s'établir dans une commune rurale. S'ils viennent à quitter cette commune, ils seront tenus de restituer le montant des frais de leur réception.

Art. VIII. Il sera créé par toute la France des médecins cantonnaux dans les localités où le besoin en sera reconnu.

Art. IX. Il n'y aura jamais de médecins salariés dans les chefs-lieux de département, ni dans les chefs-lieux d'arrondissement, ni même dans les chefs-lieux de canton : mais leur domicile réel devra toujours être dans une commune rurale.

Art. X. Les médecins cantonnaux seront choisis exclusivement parmi les docteurs en médecine.

Art. XI. Ils seront nommés par les conseils médicaux de département devant qui ils devront faire preuve de capacité ; sur la présentation des autorités locales, approuvée par le conseil d'arrondissement, et enfin par le conseil général du département.

Art. XII. Leurs émolumens seront fixés entre 600 et 1,500 francs, selon l'étendue et les ressources du canton qui leur sera assigné. Ces émolumens seront votés par le conseil général du département.

Art XIII. Tous docteurs en médecine et en chirurgie, et tous pharmaciens reçus postérieurement à la promulgation de la présente loi, seront tenus d'acquitter, en s'établissant, un droit d'exercice une fois payé, qui variera selon le département et la population de la commune dans laquelle ils établiront leur résidence Ce droit d'exercice devra équivaloir, avec les frais d'inscription, à la somme totale que coûtent les réceptions actuelles. Au moyen de cette dispositions les actes probatoires seront gratuits.

Art. XIV. Les herboristes et les sages-femmes seront également soumis à un droit d'exercice proportionnel selon la population du lieu de leur résidence.

Art. XV. Si un médecin change de domicile et s'établit dans une ville plus populeuse que celle qu'il habitait antérieurement, il sera tenu d'acquitter le surplus du droit d'exercice en raison de la population. S'il passe, au contraire, dans une commune moins populeuse, il n'y aura lieu envers lui à aucune restitution.

Néanmoins, tout médecin qui aura exercé durant quinze ans dans une commune de moins de mille âmes, et qui la quittera pour une commune plus populeuse, sera exempté de payer le surplus du droit d'exercice.

M. Double traite ensuite la question des chambres de discipline et des conseils médicaux de département, et doit terminer dans une séance prochaine la lecture de son rapport. Cette dernière partie est relative aux remèdes secrets; nous en parlerons en même temps.

BIBLIOGRAPHIE.

Plaies d'armes à feu; mémoire sur la cautérisation, et description d'un speculum à bascule; par A. J. Jobert, *de Lamballe, docteur en médecine, chirurgien à l'hôpital St-Louis, agrégé à la Faculté de médecine, etc.* Paris, 1833. 1 vol. in-8°. *fig.* 7 f. 50 c. *Chez Béchet jeune, libraire, place de l'Ecole-de-Médecine, n°* 4.

Les circonstances dans lesquelles M. Jobert s'est trouvé comme chirurgien de l'hôpital Saint-Louis, chirurgien en second de la maison de convalescence de Saint-Cloud, membre du jury médical institué pour juger les blessures des combattans de juillet, l'ont mis à même de voir un nombre considérable de plaies d'armes à feu, depuis le moment de la blessure jusqu'à leur entière guérison; c'est le résultat de ses observations que l'auteur a consigné dans la première et en même temps la plus grande partie de son ouvrage.

Son histoire des plaies d'armes à feu est faite d'après un plan judicieusement conçu.

L'auteur commence par la description générale de ces plaies; description qui comprend : 1° les corps variés qui les produisent; 2° les phénomènes qui accompagnent ces sortes de blessures; 3° les corps étrangers dont elles sont si souvent compliquées; 4° leur traitement général. M. Jobert parle ensuite des lésions produites par les projectiles lancés par la poudre à canon sur les tissus les plus impor-

tans de l'économie : les systèmes osseux, vasculaire et nerveux. Après cet examen vient la description des plaies par armes à feu des diverses régions du corps.

Le livre de M. Jobert renferme : 1° des doctrines généralement admises, nous n'en parlons pas ; 2° quelques opinions propres à l'auteur, nous les citerons en approuvant les unes et réfutant les autres ; 3° des observations, c'est la partie la plus riche de l'ouvrage. Un grand nombre confirment les idées connues ; quelques-unes prêtent un appui à des opinions qui n'ont pas aussi généralement cours : nous les citerons autant que le court espace d'un compte rendu le permettra.

Nous bornerons là nos critiques, négligeant de reprocher à M. Jobert son style de mauvais goût, quelquefois obscur, etc. L'instruction que procure la lecture d'un ouvrage de médecine étant, selon nous, la chose la plus importante qu'on puisse demander à son auteur.

Plusieurs blessés ont succombé au tétanos, M. Jobert a trouvé leurs nerfs altérés par une coloration en rouge très-forte, et que le lavage ne faisait pas disparaître ; ceux dont les nerfs étaient sains avaient un ramollissement du cerveau. Ces observations militent en faveur de l'opinion de quelques auteurs qui attribuent le tetanos à l'inflammation très-étendue du système nerveux.

Malgré les attaques violentes dirigées par les chirurgiens anglais, contre l'emploi du séton dans le traitement des plaies d'armes à feu avec fractures, les chirurgiens militaires ont jusqu'à ce jour continué à en faire usage en France avec raison, selon nous : on voit que M. Jobert en a retiré des avantages incontestables.

Quoique le débat autrefois élevé dans le sein de l'Académie de Médecine au sujet de l'amputation primitive ou secondaire soit définitivement jugé en faveur de la première, les praticiens feront bien de publier le résultat de leurs observations. Partisan de l'amputation primitive, M. Jobert en a pratiqué sept, dont six ont été suivies de guérison. La pourriture d'hôpital a enlevé le septième opéré.

Le chapitre où il est traité de l'action des balles mortes nous a paru remarquable. Nous avons noté surtout les phénomènes que produit une balle quand elle frappe perpendiculairement la peau qui recouvre un os. Si elle la contond de manière à en produire la mortification, la cicatrice qui suit la chute de l'escharre est circulaire comme celle d'un moxa. *La ressemblance est si frappante que l'œil le plus exercé serait bien embarrassé d'y saisir la plus légère différence.*

Une balle, en traversant de part en part une région du corps, fait deux ouvertures, dont l'une, celle de sortie, est plus large que celle d'entrée. Si la balle traverse un os sans le fracturer, l'on remarque une pareille inégalité de diamètre dans les ouvertures d'entrée et de sortie, et si la balle reste enclavée dans l'os, la cavité peut offrir la

forme d'un cône tronqué dont la base est dans le fond, et le sommet, tronqué, à la surface de l'os. M. Dupuytren a, dans ses leçons cliniques, donné l'explication de ce phénomène. La balle s'applatit et s'élargit à mesure qu'elle s'enfonce dans la substance de l'os par suite de la résistance que celui-ci lui fait éprouver. M. Jobert a reproduit cette explication, et pour en démontrer l'exactitude, il a fait avec M. Barruel des expériences, en perçant avec une balle plusieurs planches placées les unes à la suite des autres. La connaissance de ce phénomène est essentiellement pratique, car si une balle est restée dans l'épaisseur d'un os, on ne pourra l'extraire qu'après avoir agrandi son ouverture d'entrée. Tous ces points nous ont paru très-bien développés dans le traité de M. Jobert.

A propos des plaies du crâne, l'auteur fait remarquer que, loin de s'élargir, il arrive quelquefois qu'une balle en traversant l'épaisseur des os s'effile au point de ne faire qu'un petit trou aux parois du crâne. Quoique l'auteur rapporte des observations où une balle a été fendue en deux par un os, sans le rompre, il paraît peu disposé à croire que ce phenomène puisse se produire à moins que la balle mal fondue ne contienne de l'air. Mais la division d'une balle qui heurte l'angle compact d'un os long est un fait trop souvent observé et trop facile à concevoir pour que nous puissions partager l'opinion de M. Jobert.

Quelques désarticulations de l'épaule, faites avec succès, opposées à des amputations malheureuses du bras pratiquées très-haut, font préférer à l'auteur la première de ces opérations à la seconde. Celle-ci a, dit-il, pour inconvéniens : 1° d'exposer à la formation d'abcès sous le deltoïde ; 2° de laisser une plaie dont il est difficile de rapprocher les bords ; 3° de donner lieu à une inflammation de l'articulation scapulo-humérale, le tissu cellulaire lâche qui unit le deltoïde à l'humérus conduisant facilement l'irritation du moignon à l'épaule ; 4° d'être plus souvent suivie de phlébite. Trop peu de faits étayent une semblable doctrine, pour que nous puissions l'accepter, et un moignon, si court qu'il soit, est, pour le blessé, une ressource tellement précieuse, que nous préférerons, jusqu'à nouvel ordre, l'amputation dans la continuité du bras à la désarticulation scapulo-humérale.

Terminons cette revue, en donnant l'analyse succincte de quelques-uns des faits très-intéressans qui sont rapportés dans cet ouvrage. En suivant les blessures d'armes à feu dans chaque région du corps, nous avons noté : 1° la rentrée brusque du testicule gauche dans la cavité abdominale, au moment d'une plaie faite par la balle qui pénétra au niveau du grand trochanter, contourna le fémur et passant sous l'épine antérieure de l'os de îles, vint s'arrêter dans la fosse iliaque ; 2.° l'atrophie d'un ou deux testicules par suite d'une blessure

siégeant aux environs des organes génitaux, sans les intéresser. Un résultat semblable a été observé en Egypte par M. Larrey. 3.° Une plaie de l'aorte faite par un grain de plomb qui s'était arrêté dans l'épaisseur des parois du vaisseau, et n'avait déterminé aucun accident. 4.° Quelques guérisons de fracture de cuisse compliquées de blessure de l'artère fémorale. La ligature du vaisseau a paru dans ces cas, dit M. Jobert, modérer la violence de l'inflammation. 5.° Une hémorrhagie mortelle causée par la blessure de la veine fémorale au-dessus de l'insertion de la veine saphène interne. 6.° Une fracture de la tubérosité ischiatique, avec séparation complète de cette tubérosité. Les muscles fléchisseurs de la jambe ont produit un écartement des fragmens de deux pouces d'étendue, et une substance fibreuse résistante est le moyen d'union qui attache la tubérosité ischiatique à l'os des îles, etc.

Des deux autres parties du livre de M. Jobert, la première est consacrée à la description d'un nouveau spéculum, dont l'avantage est de permettre une dilatation assez grande du fond du vagin sans fatiguer l'orifice vulvaire de ce canal, mais qui doit partager avec les autres instrumens du même genre l'inconvénient de laisser la muqueuse vaginale former un bourrelet longitudinal entre les bords écartés de l'instrument. S'autre partie traite de la cautérisation. Plusieurs succès obtenus par l'auteur à l'aide du cautère actuel dans des maladies variées, et contre lesquelles la plupart des autres traitemens avaient échoué, prouvent que les chirurgiens seraient coupables de laisser tomber en désuétude ce moyen plus effrayant que douloureux.

A. Bérard.

Cases of cholera collected at Paris, etc. C'est-à-dire, Observations de choléra, recueillies à Paris, dans le mois d'avril 1832, dans les salles de MM. Andral et Louis, à l'hôpital de la Pitié; par James Jackson. — Boston, 1832, in-8.° pp. 212.

Cet ouvrage est presqu'en entier consacré à l'exposition détaillée d'un grand nombre de faits, et les considérations théoriques n'y occupent qu'une très-petite place. L'auteur a consigné dans ce volume soixante observations de choléra recueillies avec le plus grand soin dans les salles de MM. Andral et Louis. Trente de ces observations sont des exemples de choléra, sans réaction ou du moins avec réaction faible et passagère; dans les autres, la réaction s'établit franchement. Ces observations sont presque toutes remarquables par le soin et l'exactitude avec lesquels elles sont rédigées; du reste, l'auteur a soin de

nous apprendre qu'il en a écrit une grande partie presqu'entièrement sous la dictée des médecins célèbres dont il suivait la clinique; elles sont suivies de courtes réflexions sur la nature et le traitement du choléra-morbus. L'auteur a été amené à cette conclusion, que le choléra est une maladie générale, et que la lésion des voies digestives tient un des premiers rangs parmi les lésions qu'on trouve après cette maladie; il paraît d'ailleurs pénétré de cet esprit d'observation qui domine actuellement dans l'école de Paris.

Letters on the cholera-asphyxia as it has appeared in the city of New-Yorck, etc. C'est-à-dire, Lettre sur le choléra de New-Yorck; par MARTYN PAINE. New-Yorck, 1832, in-8.° pp. 160.

Les lettres sur le choléra, du docteur Paine, pourront servir à l'histoire générale de cette maladie; c'est le résultat des observations d'un médecin consciencieux; on y voit que le choléra de New-Yorck n'a guère différé de celui de Paris, et que tout ce qu'on a dit de celui-ci lui est applicable. Toutefois à New-Yorck, la maladie a été moins grave, ce qui tient, suivant l'auteur, à la propreté de cette ville; l'épidemie a même presqu'uniquement sévi dans les quartiers humides et là où les habitans étaient entassés. L'épidémie s'est déclarée par le plus beau temps du monde, et les variations atmosphériques ne semblent pas avoir exercé sur sa marche la plus légère influence. Comme à Paris, les lésions cadavériques ont été extrêmement variées. Le docteur Paine ne peut pas plus que les autres médecins résister au désir d'expliquer le choléra; suivant lui, *la cause prochaine du choléra consiste dans la modification simultanée de tous les pouvoirs organiques et de toutes les fonctions, produite par quelque poison morbifique inconnu, agissant directement sur les propriétés, ou transmise indirectement à travers le système nerveux.* En admettant que cette explication paraisse claire et facile à comprendre, en quoi peut-elle être utile pour le traitement de cette terrible maladie?

Nervi facialis physiologia et pathologia. Diss. inaug. quam cons. grat. medicorum Heidelbergensium ordinis erudit. exam. submittit Bartholdus Gaedechens, *med. chir. et art. obstetric. doctor Hamburgensis.* Heidelberg, 1832 in-4. VI. 50 p.

De functionibus radicum anteriorum et posteriorum nervorum spinalium commentatio, à grat. medicorum ordine in liter. univers. Heidelbergensi prœmio ornata quam scripsit Max. Car. Guill. Seubert, *med. chir. et art. obstet. doctor,* Carlsruhe et Bade, 1833, in-8. x-84.

Ces deux dissertations présentent une histoire critique très-bien faite des progrès et de l'état de la science sur les fonctions du nerf facial et des nerfs spinaux. Le docteur Gœdechens conclud de la comparaison des divers travaux et de ses propres recherches, que le nerf facial, contre l'opinion de Ch. Bell, est à la fois moteur et sensitif. Certaines nevralgies, aussi bien que diverses paralysies de la face dépendent suivant cet auteur, de la lésion de ce nerf. La dissertation du docteur Seubert contient un grand nombre d'expériences qui lui appartiennent. Ce physiologiste est arrivé à l'opinion, contestée encore par quelques physiologistes, mais adoptée plus généralement maintenant, que les nerfs postérieurs de la moelle épinière président à la sensibilité, et les nerfs antérieurs au mouvement des muscles auxquels ils se distribuent.

Dissertatio inauguralis medica sistens disquisitionem historicam de cordis et prœcordiorum vitiis organicis cura Valsaviana et Albertiana persanandis, quam grat. ord. med. Heidelbergensis auctor. atque cons. erudit. examini submittit auctor Ludovicus Kobelt, *Korckano-Badensis med. chir. et art. obst. doct.* Heidelberg. 1833. in-4. VI-40 p.

Le sujet traité avec une érudition distinguée dans cet opuscule est assez déterminé par le titre que lui a donné l'auteur, et cette dissertion est peu susceptible d'analyse; elle est terminée par une notice des auteurs des 18e et 19e siècles qui ont écrit sur les maladies du cœur.

MÉMOIRES

ET

OBSERVATIONS.

NOVEMBRE 1833.

De la coqueluche ; *mémoire qui a remporté le prix proposé par la Société de Médecine de Lyon ; par M.* Blache, *docteur en médecine, médecin du Bureau central des hôpitaux de Paris* (II.e article.)

Je ne crois pas utile de rappeler ici, pour me donner le facile mérite de les réfuter ensuite, toutes les opinions émises jusqu'à présent sur la nature et sur le siège de la coqueluche. La plupart sont de pures hypothèses qui ne reposent ni sur des faits pratiques, ni sur des ouvertures cadavériques : au reste, en faire connaître quelques-unes, suffira, je pense, pour excuser mon silence à l'égard des autres.

Rosen de Rosenstein, par exemple (*Traité des maladies des enfans* traduit par Lefebvre de Villebrune, p. 305), attribue la coqueluche à une irritation des nerfs de la poitrine et de l'estomac, produite par des insectes ou tout autre principe morbifique qui s'insinue en partie dans la poitrine par la respiration, et en partie dans l'estomac par la déglutition.

Sydenham (*Méd. prat.*, trad. par Jault), admet des vapeurs subites et brûlantes qui se portant aux poumons, donnent lieu à cette maladie.

Maltzer (*Traité de la coqueluche*, Leipzig), pense que l'essence de la coqueluche est une cacochymie pituiteuse,

Suivant Bœhme (*Méthode curative des maladies les plus importantes*, Leipzig), c'est un miasme particulier qui se porte principalement dans les interstices celluleux des nerfs.

Stoll (*Ratio medendi*, Vindeb. T. II), suppose que les saburres de l'estomac agitent le poumon par une toux convulsive, et il regarde la maladie comme une des espèces de toux stomacale.

Danz (*Essai sur l'histoire générale de la coqueluche*, Marbourg, 1791), ne s'explique pas sur la nature de la coqueluche, mais il place son siège tantôt dans les poumons, et tantôt dans l'estomac ou les intestins.

De pareilles idées n'ont certainement pas besoin de réfutation sérieuse : mais poursuivons cette revue pour arriver à des opinions, sinon beaucoup plus saines, du moins bien plus généralement admises,

Chambon (*des Maladies des enfans*, 2 vol. in-8.°, Paris), regarde la coqueluche comme un véritable catarrhe de l'estomac; et Tourtelle (*Elémens de méd. théor. et prat.*), l'appelle une affection pneumo-gastrique pituiteuse.

Suivant Paldame (*de la Coqueluche*, Halle, 1805), elle dépend d'une irritabilité du poumon et des organes qui lui sont le plus étroitement unis, l'estomac surtout et le diaphragme.

Schæffer, Hufeland, Jahn (*Nouveau système des mal. des enfans*, 1808); Lœbenstein Lœbel (*sur l'Angine membraneuse et la coqueluche*, 1811); Brera, etc., dont les opinions se rapprochent, placent le siège de la coqueluche dans les nerfs de la huitième paire et dans les nerfs diaphragmatiques, et la regardent comme une maladie nerveuse.

D'après M. Gardien (*Dict. des Sciences méd.*, art. *Coquel.*), la coqueluche est une maladie spasmodique dont l'essence paraît consister dans une affection de la glotte

ou du diaphragme; les organes de la respiration et de l'estomac en sont le siège.

Millot (*Médecine perfective*), prétend que c'est une irritation spasmodique de la poitrine et de l'estomac.

Watt (*de l'histoire, de la nature et du traitement de la Coqueluche*, Glascow, 1812), admet l'identité de la coqueluche et de la bronchite.

Albers (*Préface de Badham, sur la Bronchite*, par Albers, de Brême, 1815), qui l'a réfuté, regarde la coqueluche comme une maladie des nerfs de la poitrine, n'étant pas essentiellement liée à l'inflammation.

Marcus (*Traité de la coqueluche ou bronchite épidémique*, Leipsig, 1816, trad. par Jacques, Paris, 1821), partage entièrement l'opinion de Whatt.

Pinel, tout en plaçant la coqueluche parmi les névroses pulmonaires, pense que l'irritation des poumons n'est que secondaire ou sympathique, et que le principe primitif est dans l'estomac.

Suivant Laennec, qui l'appelle un catarrhe convulsif, c'est une simple variété du catarrhe pulmonaire qu'il place entre le catarrhe muqueux et la phlegmorrhagie.

Si l'on en croit M. Broussais, la coqueluche consiste dans une bronchite avec une vive sensibilité de la muqueuse enflammée. C'est à l'influence de l'espèce de démangeaison de cette membrane, que sont dus, suivant lui, les mouvemens convulsifs de la toux, ainsi que la contraction simultanée de l'estomac qui va souvent jusqu'au vomissement; il ajoute que la membrane muqueuse de ce viscère s'échauffe et s'enflamme fréquemment par la répétition de ces efforts convulsifs. (*Annales de la Méd. phys.*, mai 1824, p. 471.)

M. Boisseau (*Dict. abrégé des Sciences méd.*, art. *Coqueluche*), la regarde comme une simple variété de la bronchite dont les symptômes se manifestent avec le type intermittent irrégulier.

Pour M. Guersent (*Dict. de Méd.* en 21 vol.; et *Leçons*

orales), d'après de nouvelles recherches, cette maladie n'est plus, comme il l'a écrit précédemment, le résultat d'une inflammation de la partie inférieure de la trachée et des bronches : c'est une phlegmasie spécifique de la membrane muqueuse des dernières ramifications bronchiques, avec lésion de l'innervation dans l'appareil pulmonaire.

C'est aussi l'opinion de M. Rostan. (*Ouv. cité.*)

Quant à M. Dugès (*Dict. de méd. et de chir. prat.*, art. *Coqueluche*), il admet que ce n'est qu'une variété du catarrhe pulmonaire, dont les accès sont dus, non pas à un état de spasme qui aurait son siège dans le larynx et la trachée-artère, mais à la présence et à la formation continuelle d'une mucosité visqueuse dans les voies aériennes. C'est à-peu-près l'explication donnée par M. Dewees. (*Traité des mal. des enfans*, Philadelphie, 1826.)

Suivant M. Blaud, de Beaucaire, la coqueluche n'est, dans sa nature intime, que le résultat d'une sécrétion morbide de la muqueuse bronchique; secrétion spécifique sans analogue, saturée d'hydrochlorate de soude, dont l'action irritante fait éprouver le picotement vif qui détermine les quintes. (*Revue méd.*, mars 1831.)

Alph. Leroy dit que la coqueluche doit être rangée dans la classe des maladies qui affectent les membranes du cerveau, parce que les caractères de cette affection sont essentiellement nerveux, qu'elle est épidémique, très-souvent intermittente, et que, comme toutes les maladies nerveuses, elle a des périodes réglées. (*Méd. mater.*, Paris, 1803.)

Le docteur John Webster (*Lond. med. et Phys. Journal*), ne balance pas, dit-il, à placer le siège de la coqueluche dans l'encéphale; il regarde l'affection des poumons comme sympathique de celle du cerveau, et la toux comme un effort par lequel la nature cherche à se débarrasser du sang qui s'y accumule vicieusement, et cela en dilatant outre-mesure les poumons, afin qu'ils puissent recevoir une plus grande quantité de ce liquide.

M. le docteur Desruelles, auteur d'un *Traité sur la Coqueluche*, couronné par la Société Médico-pratique de Paris, le 26 août 1826, pense que John Webster, auquel il applaudit d'ailleurs, n'a eu que le tort de regarder l'organe encéphalique comme le siège primitif de la coqueluche. Suivant lui, l'irritation bronchiale préexiste au contraire à l'affection de l'encéphale, et la coqueluche, qu'il propose d'appeler *broncho-céphalite*, n'est bien réellement qu'une bronchite compliquée d'irritation encéphalique.

MM. Georget et Dance, dont la science déplore si justement la perte, m'ont souvent affirmé qu'ils regardaient la coqueluche comme une véritable névrose pulmonaire, et c'est tout-à-fait l'opinion de M. le docteur Roche, l'un des plus zélés défenseurs de la doctrine physiologique.

Parmi toutes ces opinions plus ou moins disparates que nous aurions à soumettre, suivant le vœu de la Société, au contrôle des faits pratiques et des nécropsies, les unes sont sans importance, et nous ne nous en occuperons pas ici. Quant aux autres elles sont si faiblement appuyées, qu'il nous semble convenable d'en faire justice avant de passer outre et d'arriver à celles qui permettent au moins la controverse.

Que devons-nous penser en effet des auteurs qui, fondés sur le vomissement par lequel se terminent fréquemment les quintes de toux, et sur les cures obtenues par des évacuations gastriques ou intestinales, ont cru devoir placer le siège de la coqueluche dans l'estomac, sans donner une idée de ce qui se passe alors dans ce viscère? Evidemment ils ont pris l'effet pour la cause : le vomissement, quand il a lieu dans la coqueluche, n'est qu'un effet sympathique ou secondaire de la toux convulsive, dont les secousses suffisent même seules quelquefois pour le produire. Il est rare d'ailleurs de trouver après la mort des altérations dans l'estomac, et celles qu'on y rencontre dans quelques circonstances ne sauraient être considérées, par cela même, que comme de simples complications.

Adopterons-nous avec Watt, Badham, Marcus et quelques autres l'identité de la coqueluche et de la bronchite? Cettte opinion, déjà refutée victorieusement par Albers de Bremen et Kochler (*De sede et natura tussis convulsivæ.* Prag. 1818), ne compte plus guère de partisans, et tous ceux qui, depuis, ont écrit sur la coqueluche, ont été nécessairement amenés à la rejeter, en considérant combien diffèrent les deux maladies l'une de l'autre, sous le rapport des causes, des symptômes, de la marche, de la durée, de la terminaison et du traitement.

Ne serait-ce donc qu'une simple variété du catarrhe pulmonaire? Mais en admettant comme prouvée cette supposition, pourrait-on nous dire à quoi tient cette forme particulière et nous expliquer les phénomènes qui différencient la coqueluche de la bronchite ordinaire? Sera-ce à la présence du mucus accumulé dans les ramifications bronchiques, ou à ses qualités acides qu'on attribuera le caractère convulsif de la maladie? Mais, comme le dit ici avec raison M. Desruelles, si l'amas du mucus dans les bronches était la seule cause du spasme qui accompagne la toux de la coqueluche, si surtout la tenacité (nous ajouterons l'acidité) du mucus rendait cette toux plus intense, donnait aux accidens spasmodiques plus de force, plus de fréquence, plus de continuité, les accès seraient plus longs, plus violens, dans la dernière période de la coqueluche, puisqu'à cette époque la matière est quelquefois tellement épaisse et tenace, qu'on la prendrait pour de l'albumine concrète. Au contraire les phénomènes nerveux sont très-violens dans les premiers tems de la maladie, et cependant les matières amassées sont glaireuses, filantes, peu tenaces. Dans le croup, lorsque des matières épaisses obstruent les voies respiratoires, et ferment presque tout passage à l'air, la toux n'a point le caractère de celle de la coqueluche; quelquefois le larynx, la trachée, les bronches, sont tapissés par une membrane consistante, ou sont rem-

plis d'un mucus puriforme très-épais, et cependant les malades n'éprouvent pas de toux convulsive, non-seulement à la fin de la maladie, mais même dans une période moins avancée. Que l'embarras des bronches sollicite la toux, on le conçoit facilement : c'est un corps étranger dont le poumon cherche à se débarrasser ; mais qu'un tel amas de mucosités, de pus, ou de matières plus ou moins épaisses, provoque une toux convulsive, suffocante, semblable à celle qu'on observe dans les quintes de coqueluche, c'est ce qu'il est impossible de prouver. Nous n'avons pas besoin de dire, que la présence de l'hydrochlorate de soude dans la matière expectorée, que M. Blaud considère comme spécifique, est une pure hypothèse que rien ne justifie.

Mais si nous ne pouvons reconnaître dans la coqueluche, ni une bronchite ordinaire ni une variété de catarrhe pulmonaire, est-ce, comme le pense M. Guersent, une inflammation spéciale ou spécifique de la membrane muqueuse des bronches, à laquelle le système nerveux pulmonaire ne serait point étranger ? Il m'en coûte beaucoup, je l'avoue, de ne pouvoir ici partager entièrement l'opinion d'un homme que j'estime par-dessus tout, et qui est pour moi plus qu'un ami, *sed magis amica veritas.* Et d'abord que doit-on entendre par une inflammation spécifique ? On désigne ainsi, en général, les inflammations qui sont le résultat de causes toutes spéciales, et qui offrent dans leur marche, dans leur durée et dans leur terminaison, des particularités qui les distinguent des phlegmasies proprement dites. Ceci admis, il faut en convenir, si la coqueluche était une bronchite, nul doute qu'il ne fallût la ranger parmi les inflammations spécifiques. (Je ne comprends pas même M. Desruelles qui, pour réfuter M. Guersent à cet égard, pose en principe que l'inflammation est toujours une, et n'admet point par conséquent de différence entre une pleurésie, je suppose, et la variole

ou la scarlatine). Mais suivant nous, la coqueluche n'est pas plus une bronchite ordinaire, qu'une bronchite spéciale ou spécifique. En effet, pour motiver son opinion, M. Guersent se fonde, « *sur ce que l'inflammation des* « *bronches est la seule altération constante qui ait été* « *observée dans toutes les ouvertures cadavériques qu'il a* « *faites.* » A cela nous répondons, que J. Frank, Albers de Brémen, Brera, etc., ont prouvé que bien que cette altération soit *tres-fréquente*, elle n'est cependant pas *constante*; que M. Théod. Guibert (*Recherches nouvelles sur le croup et la coqueluche*, 1824), a cité des observations dans lesquelles on l'a vainement cherchée, et que, parmi les faits que nous avons rapportés plus haut, elle n'existait pas toujours. (*Voyez observ.* IX, X, *etc*). Les caractères anatomiques que M. Guersent attribue à cette phlegmasie, sont-ils suffisans d'ailleurs pour établir son existence. « J'ai toujours observé, dit-il, plus ou moins « de rougeur sur la membrane muqueuse des voies respira- « toires. » Mais il faut autre chose que de la rougeur pour caractériser une inflammation, surtout chez des sujets qui meurent asphyxiés, comme cela n'est pas rare dans les coqueluches compliquées. (J'ai moi-même à regretter de n'avoir pas toujours tenu compte, dans les autopsies cadavériques, du degré de consistance et d'épaisseur de la membrane muqueuse, que je regardais comme phlogosée parce qu'elle était rouge). Et d'ailleurs enfin, s'il est vrai qu'il existe très-fréquemment, à la suite de la coqueluche, des traces de phlogose dans les bronches, fréquemment aussi cette phlogose occupe poumon, la plèvre, l'estomac ou les intestins, sans que la muqueuse bronchiale y participe dans tous les cas. Or ici, quelle serait celle de ces diverses altérations qui devrait être considérée comme la cause de la coqueluche?

Quant à ce qui est de la théorie de M. Desruelles, qui regarde, comme nous l'avons dit précédemment, la coque-

luche comme une *broncho-céphalite*; si nous avons prouvé que ce n'était point une bronchite, nous croyons qu'il ne nous sera pas difficile de démontrer qu'il n'y a, dans cette affection, ni céphalite, ni même irritation cérébrale appréciable.

La congestion cérébrale intermittente que ce médecin admet, comme précédant toujours la toux, et lui imprimant son caractère convulsif, est évidemment une supposition gratuite, tout à fait en désaccord avec l'observation. M. le docteur Lefèvre (*Voyez observ.* IV), m'a souvent dit que fréquemment il pressentait son accès plus d'un quart d'heure avant qu'il n'eût lieu; alors il éprouvait une douleur assez vive vers le milieu ou à la base de la poitrine, quelquefois une sorte de contraction spasmodique du diaphragme, mais jamais de douleur à la tête, pas le plus léger symptôme qui pût lui faire croire à une lésion quelconque de l'organe encéphalique. Pendant les quintes au contraire, et par un effet purement mécanique, résultat de l'effort convulsif de toutes les puissances expiratrices, chez presque tous les individus atteints de coqueluche, la tête devient le siége d'une congestion sanguine plus ou moins forte; mais la crise une fois passée, peu à peu la circulation se rétablit, tout rentre dans l'état normal et c'est à peine si quelques malades se plaignent de céphalalgie, même après l'accès le plus violent. Chez les très-jeunes enfans surtout, les symptômes de congestion cérébrales persistent malgré la cessation de la quinte, et il n'est pas rare de voir survenir alors des convulsions. Eh bien! dans ce cas, si l'on est assez heureux pour parvenir, à l'aide des émissions sanguines, à faire cesser les accidens cérébraux, la coqueluche dégagée de cette complication n'en continue pas moins sa marche ordinaire. Tandis que si, comme le dit en propres termes M. Desruelles; « *l'irritation encéphalique donnait à la toux de la bronchite le* » *caractère convulsif qui constitue et caractérise la co-*

» *queluche*, » cette irritation n'existant plus, la toux devrait nécessairement perdre ce caractère d'emprunt, si je puis ainsi dire. Et si malheureusement le malade vient à succomber, que trouve-t-on alors le plus ordinairement? Les vaisseaux des méninges un peu plus injectés que de coutume, la substance cérébrale plus ou moins piquetée, une légère infiltration sous-arachnoïdienne ou une médiocre proportion de liquide épanché dans les ventricules. Mais quelquefois aussi, comme plusieurs de nos observations le prouvent, l'examen le plus minutieux de toutes ces parties ne permet pas d'y découvrir la plus légère altération. Est-il alors nécessaire de faire observer que cette injection peu prononcée des vaisseaux méningiens et cérébraux, quand elle existe, ne constitue même pas toujours un état morbide chez les très-jeunes enfans. Et quand bien même, on voudrait voir là une lésion pathologique, ne faudrait-il pas encore avouer qu'elle n'est d'aucune valeur pour l'explication de la maladie qui nous occupe, puisque le plus souvent on rencontre cette injection sans qu'il ait existé de coqueluche, et *vice versâ*. J'en dirai autant de la faible quantité de sérosité infiltrée dans les mailles de la pie-mère, ou épanchée dans les ventricules, lésion presque insignifiante, si l'on a égard au grand nombre de cas dans lesquels on l'observe, sans qu'on puisse y rattacher aucun symptôme. Nous avons d'ailleurs fait remarquer, en parlant des complications de la coqueluche, que l'encéphalite était une des plus rares, au moins à l'hôpital des Enfans malades.

L'inflammation des nerfs de la huitième-paire, observée deux fois par M. Breschet, et une fois par Autenrieth, dans la coqueluche, peut-elle expliquer d'une manière satisfaisante les phénomènes de cette maladie? Nous ne le pensons pas, et d'ailleurs cette altération est excessivement rare. On sait en effet que MM. Jadelot, Guersent, Baron, Billard, etc., ne l'ont jamais trouvée, malgré les recher-

ches nombreuses auxquelles ils se sont livrés dans le but de la constater; et quant à nous même, dans toutes ou presque toutes nos observations, ces nerfs nous ont paru jouir d'une intégrité parfaite.

Voici toutefois ce qu'on lit à ce sujet dans une note de J. Frank: «*Juvenis magnæ spei, doctor Hermann Kilian,* » *sequentia mihi retulit.* » «*Chez quinze enfans morts de* » *la coqueluche, j'ai trouvé le nevrilemme du nerf vague* » *enflammé à l'endroit où il forme le plexus cardiaque* » *postérieur, et jusque sous le diaphragme. En outre,* » *la substance médullaire avait éprouvé une altération* » *remarquable, sa couleur était d'un blanc de lait bleu, et* » *sa texture avait acquis une consistance presque cartila-* » *gineuse.* » (Trad. de l'allemand). A côté de ce passage remarquable et qui doit engager à ne point négliger l'examen du système nerveux pulmonaire rapportons un fait que M. Gendrin a communiqué à la Société de Médecine de Paris, et qui nous paraît propre à établir, jusqu'à un certain point, la participation des nerfs pneumo-gastriques, dans la production de la coqueluche. « Un jeune homme eut un abcès énorme à la région parotidienne; on donna issue au pus, par une incision; une inflammation modérée s'empara, comme cela a lieu ordinairement, des parois de ce vaste foyer, au fond duquel on appercevait à nu la carotide externe; et tout aussitôt le malade fut pris d'une toux *sonore, quinteuse, accompagnée de nausées*, etc., *semblable, en un mot, à celle de la coqueluche.* » MM. Dupuytren et Husson, qui voyaient le malade avec M. Gendrin, pensèrent, comme lui, que le nerf pneumo-gastrique participait à l'irritation des parties voisines et produisait les symptômes observés, et que ces symptômes se dissiperaient seuls, à mesure que les parois du foyer se rapprocheraient et cesseraient d'être enflammées : l'événement justifia ce pronostic.

Quoi qu'il en soit, d'après tout ce que nous venons de

voir, et en interrogeant scrupuleusement les observations pratiques et les nécropsies, on doit être amené, suivant nous, à considérer la coqueluche, comme *une névrose dont le siège est à la fois dans la membrane muqueuse des bronches et dans les nerfs pneumo-gastriques : névrose très-fréquemment compliquée de bronchite et de pneumonie ; mais pouvant exister sans elles ; et, comme toutes les maladies de même nature, n'ayant aucun caractère anatomique appréciable.*

Notre conviction se fonde :

1° Sur l'absence ordinaire de fièvre dans cette maladie quand elle est confirmée et qu'elle est dégagée de toute complication phlegmasique.

2° Sur la facilité avec laquelle on voit souvent les quintes, provoquées presqu'à l'instant même par une frayeur ou la plus légère contrariété.

3° Sur ce que, la quinte une fois terminée, le malade reprend presque immédiatement le libre et plein exercice de ses fonctions, et qu'on n'observe alors absolument aucun symptôme de bronchite.

4° Sur l'opiniâtreté plus grande de cette affection chez les personnes nerveuses et irritables.

5° Sur l'insuccès des antiphlogistiques.

6° Sur l'influence des antispasmodiques, qui, bien que dépourvus d'une grande puissance, sont cependant, de l'aveu presque général des praticiens, les moyens qu'on peut encore lui opposer avec le plus de succès.

7° Sur la rapidité avec laquelle cessent quelquefois les quintes de toux, qu'on a vu, par exemple, disparaître du jour au lendemain, par le seul effet du déplacement ou du changement d'air.

8° Enfin sur l'impossibilité d'expliquer tous les désordres fonctionnels dont l'appareil respiratoire est alors le siège, par la multiplicité des altérations observées dans les organes après la mort ; la diversité de ces lésions, dans une

même affection, étant peut-être, comme l'a dit avec raison, M. Roche (*Nouv. Elém. de patholog. méd.-chirurg.*), la preuve la plus forte, qu'aucune d'elles n'en est la véritable cause.

Nota. En terminant ceci, nous venons de trouver un fait qui nous paraît favorable à notre opinion et que nous croyons par cela même devoir rappeler.

M. le docteur Koreff traitait un enfant de la coqueluche, lorsqu'un des frères du malade fut subitement attaqué de la même affection, avec une violence telle que chaque quinte s'accompagnait d'hémorrhagie nasale. La bonne mine de l'enfant, l'invasion subite de la maladie, son intensité dès le début, firent penser à M. Koreff que la toux était simplement l'effet de l'imitation. Dans cette supposition, on fit éloigner l'enfant de la maison et les accès cessèrent. Revenu près de son frère, le petit malade toussa avec violence; enfin, après avoir répété cette expérience plusieurs fois, et toujours avec le même résultat, l'enfant fut envoyé à la campagne, et sa toux cessa complètement. (*Journal Clinique.* Février 1828.)

Rechercher si la coqueluche est contagieuse ou seulement épidémique.

La coqueluche se transmet par contagion; elle règne très souvent d'une manière épidémique.

Cette double proposition que j'avance, il me sera facile, j'espère, de la justifier.

Des faits nombreux m'ont convaincu de la propriété contagieuse de la coqueluche. Je me contenterai d'en rapporter quelques exemples qui permettront difficilement, je pense, de conserver le moindre doute à cet égard.

1.° L'enfant d'un joaillier du Palais-Royal contracte la coqueluche à sa pension, où plusieurs petites filles en étaient atteintes. Le père ne pouvant la garder chez lui, à cause de son commerce, la confie aux soins de sa grand'-

mère, habitant la rue des Bourdonnais. Cette enfant, fort tendre, caressait ses grands parens à la journée; bientôt la grand'mère, puis son mari lui-même, sont affectés de la coqueluche; c'était pitié vraiment que d'être témoins, comme nous l'étions, M. Guersent et moi, de l'état affreux où les mettaient les quintes de toux dont ils étaient quelquefois saisis tous les trois presque en même temps.

Il est bon de noter que la coqueluche ne régnait pas dans ce quartier, et que nous en voyions fort peu alors à Paris.

Un ancien député, âgé de 70 ans, dont M. Guersent soignait le petit-fils atteint de coquelnche, gagna cette maladie, quoiqu'il n'habitât point la même maison que cet enfant, qu'il avait d'ailleurs l'habitude de caresser beaucoup.

3.° M. Guersent m'a rapporté le fait suivant qu'il a cité ailleurs. (*Dict. de Méd.*) « Un enfant (c'est du sien qu'il s'agit), ayant joué dans une auberge du Hâvre, où il était momentanément, avec un autre enfant atteint de coqueluche, fut pris de la maladie quelques jours après son retour à Rouen, et la communiqua à sa mère, quoique celle-ci l'eût eue dans sa jeunesse. L'un et l'autre vivaient d'ailleurs isolés, et ne communiquaient avec aucun enfant. » La coqueluche ne régnait pas dans le quartier de la ville qu'ils habitaient.

4.° Plusieurs années après, et demeurant alors à Paris, M. Guersent eut l'occasion de vérifier encore la propriété contagieuse de la coqueluche sur une de ses filles, qui contracta cette affection en jouant avec un enfant amené chez M. Guersent, précisément pour cette maladie.

5.° « Une famille entière arrive à la campagne au printemps dernier, dit M. Rostan (*Cours de Méd. clin.* T. II, p. 552.) Elle trouve les enfans du jardinier de la maison ayant la coqueluche; d'abord, un enfant âgé de quatre ans qui jouait souvent avec les enfans malades contracta la coqueluche au bout de quelques jours. Les autres enfans

qui ne communiquaient pas avec ceux du jardinier, n'avaient pas encore cette maladie; la dernière qui communiquait avec la jeune sœur, et peu avec son frère, en est affectée un peu plus tard; la mère qui tenait souvent cette dernière sur ses genoux, est aussi atteinte de la maladie; enfin le père, et tous les domestiques qui avaient des relations avec les enfans, en sont successivement atteints. Dans la maison et autour de la maison, les enfans et les personnes qui ne communiquaient pas directement avec les malades furent exempts de la maladie. »

6.° « J'ai vu, dit M. Dugès (*Dict. de méd. et de chir. prat.*), une petite fille atteinte de la coqueluche, la communiquer à une cousine en bas-âge, chez laquelle on la conduisait de temps en temps, quoiqu'elles habitassent deux quartiers fort éloignés, et que la coqueluche ne régnât nullement dans celui que la dernière n'avait pas quitté. »

« J'ai été également informé, ajoute ce professeur, que la coqueluche avait été importée parmi cinq ou six enfans en sevrage, par un nouveau compagnon, qui en était depuis quelque temps affecté. »

8.° M. le professeur Duméril m'a dit avoir contracté la coqueluche d'un de ses fils; il ne doute pas de la contagion.

9.° Tout récemment un exemple frappant vient de s'offrir à l'observation de M. Guersent. La bonne d'enfant d'un notaire de la rue Vivienne va essayer une robe chez sa couturière, dont l'enfant avait la coqueluche : elle joue avec cet enfant, puis quelques jours après elle en est atteinte elle-même, et la communique un peu plus tard à la petite fille qu'elle élève.

M. Bretonneau, de Tours, que j'interrogeais il y a peu de temps encore sur cette question, me répondit que la contagion lui paraissait incontestable, et me cita un grand

nombre de faits, que je crois superflu de redire après ce qui précède, mais contre lesquels il n'y avait rien à répliquer.

Que si d'ailleurs il était nécessaire d'appuyer des preuves aussi décisives, par le témoignage des auteurs qui ont écrit sur la coqueluche, nous dirions, qu'à l'exception d'un très-petit nombre, tous ont reconnu sa propriété contagieuse. Rosen, Storch, Bisset, Mathæi, Paldame, Vogler, Cullen, Hooper, Marcus, P. Frank, Penada, MM. Gendrin, Roche, Gardien, etc., etc. : « *Nostro ævo*, dit Joseph Frank en particulier, *nemo ampliùs de naturâ contagiosâ coqueluche, dubitat*, etc. »

D'où vient donc que certains médecins ont rejeté comme chimérique ce mode de propagation, suivant nous, si réel? La plupart, il est vrai, se sont contentés d'une dénégation pure et simple; tel est Stoll, par exemple, et M. Laennec, pour ne citer que les plus illustres d'entre eux. Le docteur Dewees, médecin à Philadelphie, et auteur d'un ouvrage estimé sur les maladies des enfans, dit qu'il ne regarde pas la contagion comme une chose prouvée, parce que la coqueluche étant évidemment épidémique, elle ne peut être en même temps contagieuse, « la nature n'employant jamais deux causes aussi opposées, pour produire la même affection. » Il est vrai que pour être conséquent à ce principe, il révoque en doute aussi la propriété contagieuse de la rougeole et de la scarlatine. Suivant M. Desruelles, « hors le cas où la matière contaminée touche le malade dans un point de l'économie où l'absorption est active et l'irritabilité exaltée, il n'y a point de contagion proprement dite. Or, dit-il, dans la coqueluche, aucune matière capable de produire la contagion ne sort du corps du malade, à moins qu'on ne considère comme telle les glaires rendues à la suite des accès; donc il ne peut y avoir de contagion possible. » On voit jusqu'où doit mener une semblable théorie,

qui ne va rien moins qu'à renverser toutes les idées admises jusqu'ici sur la contagion de la rougeole, de la scarlatine, et même de la variole. (Je n'ai point à m'occuper ici de la contagion en général; si j'avais à le faire, je ne crois pas qu'il me fût bien difficile de prouver combien cette opinion de M. Desruelles est erronée.) Il se fonde en outre, pour refuser d'admettre la propriété contagieuse de la coqueluche, sur ce que « *si l'on envoie dans un autre pays des enfans atteints de la maladie, ils ne portent pas avec eux le germe de la contagion, et restent seuls malades dans le lieu où on les a déposés.* » Mais d'abord, ce fait en lui-même est démenti par l'expérience (1), et la contagion, on le sait de reste, ne frappe pas tous ceux qui s'exposent à son action. Quant à la nature de l'agent morbifique, nous ne la connaissons pas, sans doute; mais il ne nous est pas plus permis d'en rejeter l'existence, que celle de tous les autres miasmes qui ne tombent pas sous nos sens, et dont la nature nous est tout aussi inconnue.

M. Guersent pense que, pour que la transmission de la coqueluche ait lieu, il faut que les enfans soient assez près les uns des autres pour qu'ils puissent recevoir les émanations de leur haleine. Il faut aussi que l'affection soit dans son plus haut degré de développement, la propriété contagieuse paraissant s'affaiblir à mesure que la maladie diminue. Marcus avait déjà dit que la contagion n'est pas possible pendant la période inflammatoire, et qu'elle n'existe que quand la période de secrétion morbide a commencé. Du reste, selon M. Guersent, c'est ordinairement cinq

(1) M. le docteur Eydoux (*Voyage fait autour du monde en* 1830, 31 *et* 32, *par la corvette* la Favorite), rapporte qu'à Van-Diémen la coqueluche avait été importée pour la première fois quatre ans auparavant par une jeune prisonnière, et que depuis lors cette maladie y faisait de loin en loin des victimes.

ou six jours après qu'on s'est exposé à l'infection, que la toux commence à se manifester.

Ainsi donc, la coqueluche est contagieuse; mais elle est aussi épidémique, et cette dernière assertion n'a jamais été contestée. A de certaines époques, cette maladie a souvent envahi une contrée toute entière, en frappant ses habitans, soit indistinctement, soit dans certains âges, sans qu'on ait pu d'ailleurs le plus ordinairement apprécier, ni les causes de son apparition, ni celles de sa disparition. Nous n'avons pas à rechercher ici jusqu'à quel point est fondée l'opinion des auteurs qui veulent, avec Marcus, que la coqueluche ait régné dans tous les temps, et qui prétendent même en trouver la description dans Hippocrate. Ce qui est généralement admis, c'est que la première épidémie observée en France est celle dont parle Mézeray (*Abrégé chronol. de l'Histoire de France*, 1688), et qui régna à Paris en 1414 (février et mars). Capivacco (*Oper. Venet.*, 1606, *epist.* 3, pag. 868), cherche à prouver que la même maladie se vit aussi en Italie vers la fin de ce siècle. S'il en est ainsi, on peut s'étonner avec J. Frank, que deux médecins contemporains qui ont écrit sur les maladies des enfans, n'aient point fait mention de cette épidémie, en parlant de la toux en général. L'un est Mercurialis (*De puerorum morbis*), et l'autre Trunconius (*De puerorum sanit. custod.* Flor., 1593.) Quoi qu'il en soit de cette discussion, à l'épidémie de 1414 en succédèrent d'autres en 1510, 1558 et 1580. (De Thou, Hollerius.) En Orient, dit Marcus, la coqueluche fut observée pour la première fois épidémiquement en 1580, et se répandit ensuite en Italie, où elle sacrifia beaucoup de monde, ainsi qu'en Espagne, où la reine Anne, femme de Philippe II, en fut victime. Elle régna en même temps en France et en Allemagne, en Angleterre et dans les pays du nord. Elle fut l'épidémie la plus violente et la plus générale qu'on eût jamais observée. Elle régna aussi à Londres en 1669 et

1670; en Allemagne, en 1707; en Suisse, en 1712. Elle parcourut non-seulement toute l'Europe, mais aussi la Jamaïque, le Mexique, le Pérou, en 1732 et 1733. Elle fit de grands ravages à Plymouth en 1732, 39, 43, 44 et 1747; à Londres, en 1749; dans les Pays-Bas, en 1747, 50 et 1751; en Suisse, en 1755; en Suède, en 1745-47 48-49, jusqu'en 1764; aux Barbades, en 1753; en Allemagne et dans plusieurs endroits, en 1758-69-75-79-80; en Angleterre, en 1767; en Italie, en 1781. On l'observa de nouveau dans quelques provinces de l'Allemagne, au printemps de 1790, et il y périt beaucoup d'enfans; à Gênes, en 1806; à Milan, en 1815, etc., etc.

On ne sait rien de certain sur le retour des épidémies de coqueluche, qui ne se montrent par fois qu'à des intervalles fort éloignés, ou bien se renouvellent, pour ainsi dire, d'année en année. Leur durée est aussi fort variable.

Il est aisé de voir, d'après ce qui précède, qu'elles peuvent se manifester dans les climats les plus opposés. «*Ævo nostro*, dit J. Frank, *Coqueluche, super universum globum latè grassatur; conquerimur in regionibus septentrionalibus, conqueruntur que in australibus.*» Et en effet, tandis que Watt nous affirme qu'elle est plus fréquente et plus grave dans les régions septentrionales, Penada (*Mem. cui fù aggiudicato l'accessit dalla Soc. Ital. delle Scienze, nel* 29 *nov.* 1814. Verona, 1815), dit, « qu'il lui semble prouvé, jusqu'à l'évidence, que chez les peuples septentrionaux la coqueluche est moins fréquente dans ses retours et moins terrible dans ses conséquences, que dans les pays situés sous un ciel plus doux, et dans les parties méridionales de la France et de l'Italie. » Toutes les saisons paraissent également favorables au développement épidémique de cette maladie. « A Wilna, dit Joseph Frank, *Coqueluche grassabatur*, *an.* 1807, *mens. Octobri et Novembri; an.* 1809; *mens. Jan., Feb., Mart.; an.* 1813, *mens. Decemb.; an.* 1814, *mens.*

Januario; an 1815, à mens. Septemb. ad Decembrem; an. 1816, à mens. Janu. ad Martium; an. 1819, à mense Janu. usque ad Octobrem; an. 1820, mens. Septemb. et Octobri; an. 1821, mense Aprili; an. 1822, mensibus Maio et Junio. »

Relativement à la nature et à l'intensité des symptômes, M. Guersent fait justement remarquer qu'on trouve entre les épidémies d'assez grandes différences. Toutes ces épidémies étaient en effet beaucoup plus meurtrières alors, qu'elles le sont, au moins en Europe, depuis quelques années. Cela tiendrait-il à ce que, comme presque toutes les maladies pestilentielles épidémiques, la coqueluche perdît un peu de son activité au bout d'un certain laps de temps?

Indiquer quelles sont les affections qui peuvent compliquer la coqueluche, et dans quels cas elle devient mortelle?

De toutes les maladies qui peuvent compliquer la coqueluche, il n'en est pas de plus fréquente que l'inflammation de la membrane muqueuse qui tapisse les voies aérifères, principalement à son extrémité inférieure. Cette phlogose, qui est plus ou moins étendue, est ordinairement accompagnée de celle des ganglions bronchiques, et par fois aussi de la dilatation partielle ou générale des ramifications des bronches. Après la bronchite, vient par ordre de fréquence la pneumonie, et surtout la pneumonie lobulaire. (Si je m'en rapportais à mes notes recueillies à l'hôpital des Enfans, je dirais que l'inflammation du tissu pulmonaire est plus commune que celle de la membrane muqueuse bronchique; en effet, sur trente-huit cas de coqueluches compliquées diversement, je trouve douze fois la pneumonie, et sept fois seulement la bronchite.) La pleurésie sans inflammation du parenchyme du poumon m'a paru assez rare. Il n'en est pas de même des tubercules bronchiques ou pulmonaires, qui forment une des complications les plus ordinaires, au moins à l'hôpital des Enfans. Viennent ensuite les con-

vulsions, surtout et presque exclusivement même, chez les très-jeunes enfans. Les phlegmasies cérébrales sont beaucoup plus rares. Willis parle d'un enfant qui avait alternativement des attaques d'épilepsie et des quintes de coqueluche. J'ai observé la même chose en 1821, sur une jeune fille âgée de quatorze ans, qui succomba à l'hôpital des Enfans, avec une gangrène de la langue coupée en deux pendant une attaque. (Le cerveau nous parut à l'autopsie parfaitement sain.) Deux fois sur trente-huit malades nous avons observé un ramollissement de l'estomac; plus fréquemment de la diarrhée presque toujours dépendante d'une phlogose intestinale, dont l'existence au reste n'entraînait pas constamment ce symptôme, et bien qu'elle occupât quelquefois le gros intestin. Des ophthalmies, des érysipèles, un zona, la rougeole, la scarlatine, la varicelle, la varioloïde, et même la variole, ont été quelquefois accompagnées de la coqueluche. Nous n'avons point vu la petite-vérole suspendre alors sa marche, comme Brera et quelques autres médecins ont dit l'avoir observé. Nous n'avons pas remarqué non plus que diverses éruptions entravassent en rien la marche de la maladie. Dans un petit nombre de cas, le croup est venu enlever rapidement des enfans atteints de coqueluche, depuis un temps plus ou moins long. Je me rappelle surtout une petite fille qui succomba ainsi en vingt-quatre heures à l'hôpital des Enfans, en 1821, pendant que j'étais interne. Nous trouvâmes des tubercules dans le cerveau, dans les ganglions bronchiques, dans les poumons et les glandes du mésentère; des fausses membranes occupaient à-la-fois le pharynx et le larynx. J'ai trouvé quelquefois l'œdème, et plus souvent l'emphysème pulmonaire, comme complication de la coqueluche. On a cité des cas où il existait en même temps une hydrothorax. A la fin de la maladie, l'anasarque s'observe assez fréquemment. La péritonite me semble fort rare; je n'ai jamais eu l'occasion de la voir en pareil cas. L'angine gutturale a été observée

pendant les épidémies de 1557, en Hollande et en France. J'en ai vu plusieurs exemples. La coqueluche qui s'était montrée à Nîmes en 1557, était, dit-on, compliquée de fièvre double-tierce. L'épidémie de Paris, en 1751 et 1760, était accompagnée de fièvre quotidienne rémittente: celle de Copenhague en 1767, se montrait avec des exacerbations fébriles, de deux jours l'un. L'épidémie de 1775 se compliquait de fièvre tierce. A Londres, en 1767, on observa la coqueluche épidémique avec une fièvre quotidienne rémittente, et à Milan, en 1815, avec une fièvre double-tierce; pendant la fièvre, la toux cessait; elle reparaissait au déclin des accès, et continuait pendant la rémittence. Il est juste de faire remarquer que la plupart de ces dernières complications ne s'observent presque jamais dans la coqueluche sporadique, et qu'elles sont au contraire et plus fréquentes et plus graves quand la maladie attaque à-la-fois un grand nombre d'individus.

Quels sont les cas dans lesquels la coqueluche devient mortelle ?

La coqueluche qui affecte les très-jeunes enfans est, toutes choses égales d'ailleurs, beaucoup plus dangereuse que celle des enfans plus âgés. Elle est presque toujours mortelle chez ces petits êtres, quand il survient des convulsions ou une phlegmasie du parenchyme pulmonaire, lors même que la pneumonie est partielle et très-peu étendue. Il est presque inutile de dire que la complication de la phthisie pulmonaire la rend nécessairement funeste. Un âge très-avancé doit aussi toujours inspirer de vives craintes, quand bien même la coqueluche ne serait point alors compliquée.

En général, les affections cérébrales, la phlogose étendue et profonde des conduits aérifères, le croup, la pneumonie, le ramollissement de l'estomac, quel que soit d'ailleurs l'âge où ces complications viennent à se manifester, doivent toujours faire craindre une terminaison fâcheuse.

On peut aussi redouter une terminaison fatale, quand la coqueluche atteint des enfans chétifs, d'une mauvaise santé habituelle, rachitiques ou scrofuleux. L'amaigrissement progressif ou l'anasarque, une fièvre continuelle, des quintes fortes et répétées, dans l'intervalle desquelles la respiration reste fréquente ou gênée, annoncent presque toujours une mort prochaine. Il en est de même de l'altération subite et profonde de la physionomie coïncidant avec une complication grave.

Déterminer le traitement qu'on doit appliquer à chacune des périodes de la coqueluche.

La coqueluche présente dans sa marche trois périodes assez distinctes : la *première période* a été nommée *catarrhale*, parce que tous les symptômes qu'on observe alors, se rapportent au catarrhe pulmonaire aigu, avec quelques nuances différentielles, qu'il n'est pas toujours aisé de saisir, mais qu'un esprit exercé reconnaît pourtant assez bien. Tant que cette période existe à l'état de simplicité, elle ne réclame pas d'autre traitement que celui qu'on oppose au catarrhe pulmonaire lui-même. Sans doute, il est permis de ne pas croire avec certains auteurs, qu'on puisse s'opposer alors au développement des quintes de coqueluche, à l'aide des émissions sanguines locales ou générales, ou par le moyen des stimulans diffusibles ; mais il n'en faut pas moins s'attacher à combattre activement les symptômes de bronchite et veiller avec soin à ce qu'aucune complication ne vienne s'y ajouter.

La *seconde période* succède à la précédente ordinairement après cinq, dix ou quinze jours environ : on l'appelle *période d'accroissement, période spasmodique ou convulsive*; c'est seulement alors que la coqueluche est confirmée. S'il est peu de maladies plus rebelles à la médecine, il serait difficile d'en trouver une contre laquelle on ait employé un plus grand nombre d'agens thérapeutiques.

« Chaque auteur a sa formule, dit spirituellement M. le docteur Roche ; chaque auteur vante son spécifique, et l'on ferait une longue liste des moyens *infaillibles* qui échouent tous les jours dans le traitement de cette affection. » Quoi qu'il en soit, lorsque la coqueluche arrivée à sa période d'accroissement est bénigne et exempte de complications, voici les moyens qu'on lui oppose avec le plus d'avantages, et à l'aide desquels on peut espérer, sinon d'en obtenir une guérison rapide, du moins d'en accourcir la durée et de la maintenir à un degré d'intensité modérée.

Pendant les quintes, qu'il faut toujours s'efforcer de rendre moins pénibles, on place ordinairement les enfans dans une position assise et on leur fournit un point d'appui, ayant soin de relever la tête, en leur appliquant la main sur le front. On parvient aussi quelquefois à extraire avec le doigt les mucosités épaisses et tenaces qui s'accumulent dans la bouche. Suivant Laennec, lorsqu'on peut parvenir à faire boire le malade à petits coups, pendant la quinte, on en abrège singulièrement l'intensité et la durée.

On fait prendre au malade une boisson adoucissante ou mucilagineuse, telle que l'infusion de fleurs de violettes, de mauve ou de bouillon blanc, l'eau de gomme ou toute autre tisanne, qu'on change ou qu'on varie d'ailleurs suivant le goût des enfans, et auxquelles on ajoute de temps en tems quelques cuillerées d'une potion gommeuse ou d'un looch blanc (préparé suivant le Codex), afin d'adoucir la sensation d'âpreté que la toux laisse ordinairement dans l'isthme du gosier. On diminue plus ou moins la quantité des alimens, et l'on insiste sur l'usage des bains de pieds, simples ou rendus irritans par le savon, le sel, le vinaigre ou la moutarde. Ces pédiluves qu'on peut utilement répéter plusieurs fois par jour, sont bien plus efficaces, lorsqu'on a soin d'augmenter par degrés la chaleur de l'eau et qu'on prolonge leur durée pendant assez long-temps, de quinze à trente minutes, par exemple : pris le soir, ils ont de plus

l'avantage de favoriser le sommeil et d'amener une douce transpiration.

Il faut veiller en même tems à la liberté du ventre et prémunir les malades contre le froid humide et les vicissitudes atmosphériques. Lorsque la température est sèche et tempérée, si le tems est beau quoique froid, il ne saurait y avoir d'inconvénient à ce qu'ils fissent quelques promenades en plein air, soit en voiture, soit à pied, mais en évitant soigneusement les exercices violens tels que les sauts, la course, les chants et les cris. Les vêtemens de flanelle portés immédiatement sur la peau, nous ont toujours paru utiles aux enfans d'une constitution faible et délicate. Nous nous trouvons bien aussi, dans cette période de la coqueluche, ccmme dans celle qui la précède, de recouvrir la poitrine en avant et en arrière, soit avec un emplâtre de poix de Bourgogne, soit avec un large morceau de sparadrap de diachylon gommé très-agglutinatif, qu'on laisse en place pendant sept à huit jours, et qu'on peut renouveler ainsi plusieurs fois de suite. On seconde l'emploi de ces moyens par quelques vomitifs; l'expérience ayant constamment prouvé, dit M. Guersent, que ces évacuans éloignent et diminuent les quintes dans les coqueluches légères et sans complication, lorsque, surtout, la sécrétion des mucosités est très-abondante et obstrue les bronches. Nous ne croyons pas nécessaire toutefois d'en répéter l'usage tous les jours ou tous les deux jours comme le propose Laennec.

Le vomitif dont on se sert le plus communément est l'ipécacuanha, soit en poudre, soit en sirop, soit enfin réunis l'une à l'autre. L'infidélité de ce médicament dans une foule de cas devrait peut-être engager à lui préférer l'émétique qui, à raison de sa solubilité, est très-facile à fractionner en doses aussi petites que peuvent l'exiger l'âge et la faiblesse des enfans.

Les laxatifs, tels que le sirop de roses pâles, le sirop de

fleurs de pêcher, la manne en larmes ou l'huile douce de ricin, récemment préparée, etc., conviennent alors aussi quelquefois; mais en général ils n'offrent pas les mêmes avantages que les vomitifs, à moins d'indications particulières.

Nous n'avons encore rien dit des émissions sanguines, que certains médecins, et Marcus en particulier, à raison des idées qu'ils se sont faites sur la nature de la coqueluche, ont placées au premier rang des agens thérapeutiques réclamés par cette maladie. En dépit des théories, l'expérience semble avoir prouvé que les saignées, dans la coqueluche simple et sans fièvre, ne produisent aucun effet appréciable sur les quintes de toux, et que par fois même elles augmentent la faiblesse et prolongent la durée de la maladie. Mais au surplus, dans le traitement de la coqueluche, comme dans celui de toutes les maladies épidémiques, il faut, ainsi que le recommande M. Guersent, faire une grande attention, non seulement à la constitution et au tempérament des malades, mais aussi à l'influence de l'état actuel de l'atmosphère. On observe que les méthodes de traitement qui réussissent très-bien dans certaines circonstances sont sans effet dans d'autres. Les épidémies de coqueluche qu'on remarque en hiver et au printems par exemple, ne doivent pas être traitées précisément de la même manière que celles qui règnent en été. Les saignées, en général, sont plus utiles dans le premier cas, et les vomitifs dans l'autre.

Quoi qu'il en soit, lorsque malgré les moyens précédens. diversement combinés, la marche de la coqueluche ne paraît éprouver aucune modification favorable, et que les quintes, loin de diminuer, augmentent; s'il n'existe d'ailleurs aucune indication de tirer du sang, il faut avoir recours aux revulsifs plus énergiques. J'ai vu dans ce cas un vésicatoire mis sur la poitrine amener très-promptement les plus heureux effets : mais chez les individus nerveux et très-irritables ce moyen a souvent produit une excitation vive et une insomnie fatigante qui se prolongeaient pendant

plusieurs jours. Quelques médecins lui préfèrent l'application d'un emplâtre de poix saupoudré de huit à vingt, trente ou quarante grains de tartre stibié, ou bien tout simplement, des frictions faites sur le sternum, entre les épaules, ou à l'épigastre, avec la pommade émétisée, ou l'huile de croton-tiglium. L'emploi de l'émétique à l'extérieur nous a paru quelquefois assez avantageux; mais, chez les enfans et surtout chez les petites filles, il faut en surveiller l'action avec beaucoup de soin, car il en résulte souvent des ulcérations douloureuses, profondes, difficiles à guérir, et plus tard des cicatrices extrêmement désagréables. La pommade dont nous nous servons contient ordinairement deux à trois gros de tartre stibié par once d'axonge; la préparation indiquée par Autenrieth restant fréquemment sans aucun effet.

C'est dans cette période, concurremment avec les moyens dont nous venons de parler, ou en cas d'insuccès, qu'on a l'habitude de recourir à l'emploi des sédatifs et des antispasmodiques. Nous allons parcourir successivement ceux de ces médicamens qui ont joui de quelque crédit, nous bornant à rapporter ce qu'en ont dit les auteurs, lorsque nous ne pourrons pas en parler d'après notre expérience personnelle.

§ I.er *Belladone.* — La plupart des médecins allemands ont accordé à cette plante les plus grands éloges, et si l'expérience ne les a pas complètement justifiés en France, la plupart des praticiens s'accordent au moins à reconnaître qu'elle est souvent utile dans la coqueluche exempte de complications. C'est ordinairement la poudre des feuilles ou de la racine de belladone qu'on emploie dans cette maladie; peut-être serait-il préférable de se servir de l'extrait aqueux préparé à la vapeur, ou mieux encore de l'extrait hydro-alcoholique, préparations beaucoup plus sûres dans leurs effets, mais qui (surtout la dernière) demandent une grande prudence de la part de celui qui les prescrit. La

dose varie d'un huitième de grain à un grain donné matin et soir suivant l'âge des individus. Schaeffer, Widemann, Yetzler, Michaëlis et Hufeland, ont beaucoup vanté la belladone; ce dernier la regarde presque comme un spécifique, et dit que l'instant le plus favorable pour l'administrer est du quinzième au vingtième jour, bien qu'on puisse aussi la donner dès le début de la maladie.

Buchaave (dans un Mémoire inséré parmi les actes de la Société royale de Copenhague, en 1785) cite vingt observations de coqueluche dans lesquelles la poudre de racine de belladone fut donnée par lui avec un plein succès. Ranoë encouragé par cette communication essaya le même moyen, et dans dix cas il réussit complètement neuf fois. La dose de poudre variant suivant l'âge des enfans, depuis un demi grain jusqu'à trois grains, répétés matin et soir.

M. le docteur Raisin, de Caen, a publié dans le *Recueil de la Société de médecine de Paris*, (1816) trois observations de coqueluche simple arrivée à la deuxième et troisième semaine: dans les trois cas, l'amélioration fut notable et assez prompte; mais la cessation des quintes eut lieu dans deux cas seulement et après un petit nombre de jours.

« Dans le cours de plusieurs épidémies de coqueluche » que j'ai observées depuis quinze ans, dit M. le docteur » Miquel de Neuchans, j'ai constamment enlevé la toux » dans l'espace de huit jours, à l'aide de cette substance. » S'il n'y a pas de pléthore, M. Miquel administre la belladone dès le commencement de la maladie; son expérience lui a démontré qu'il faut la donner à doses progressives jusqu'à ce que les signes de narcotisme commencent à se manifester. (Schaeffer avait déjà fait cette remarque). Dès-lors, sans en discontinuer l'usage, il en diminue les doses, de manière que chaque prise occasionne encore quelque légère agitation de trois quarts d'heure à une heure de durée. Suivant ce médecin, aucun médicament ne perd aussi

promptement de son efficacité par le temps que la belladone. Lorsque la racine a été recoltée depuis un an, on peut l'administrer à la dose de deux tiers de grain, répétés trois fois par jour chez les enfans de deux ans, sans qu'aucun effet remarquable s'en suive. La racine fraîche au contraire, agit d'une manière fort sensible à un huitième de grain. (*Arch. für. mediz. Erfahrung.* 4[e] cah. 1829).

« La belladone, dit Laënnec, m'a toujours paru après l'action des vomitifs (cette observation a été faite aussi par les allemands) être l'un des moyens qui contribuent le plus efficacement à calmer la violence des quintes et à abréger la durée de la maladie. Ses effets peuvent se concevoir de plusieurs manières, ajoute ce praticien; elle diminue le besoin de respirer et par cela même la dyspnée, plus constamment qu'aucune autre plante narcotique; elle paraît propre, comme tous les moyens du même genre, à combattre le spasme des bronches, et même à diminuer leur sécrétion augmentée. »

D'après des expériences encore inédites, auxquelles a coopéré M. le docteur Ratier (*Dictionn. de méd. et de chirurg. prat.*), il paraît certain que la belladone agit véritablement comme un sédatif sur les organes respiratoires. M. Guersent, qui lui reconnaît cette propriété, lui reproche de sécher la gorge et de diminuer l'expectoration d'une manière fâcheuse. Quant aux autres accidens qu'on a vus quelquefois après son usage, comme des nausées, des vomissemens, des vertiges et la cécité momentanée, il est évident que ce sont des cas exceptionnels et qui doivent engager à ne l'employer qu'avec réserve. Il resterait à savoir d'ailleurs, si l'efficacité du remède a été moindre alors, ou bien si, comme le pensent Schaeffer et M. Miquel, ces légers symptômes ne seraient point nécessaires pour obtenir l'action sédative qu'on en attend. A l'hôpital des Enfans malades, où j'ai vu souvent essayer cette substance, presque jamais je n'en ai observé que des résultats néga-

tifs (1). Il est vrai de dire aussi que presque toujours nous avions à faire des coqueluches compliquées de phlegmasies du poumon ou autres, et que dans ces circonstances, ses effets sont en général très-peu favorables. En ville, elle m'a paru quelquefois diminuer d'une manière évidente la fréquence et l'intensité des quintes de toux.

Quelques médecins ont conseillé aussi la belladone à l'extérieur. Le docteur Pieper fait frictionner l'épigastre avec une pommade contenant une assez forte proportion d'extrait de cette plante. J'ai employé sans succès les cataplasmes de farine de lin, cuite dans une forte décoction de feuilles de belladone, et appliqués sur la poitrine.

§ 2. *Opium.* — Les préparations opiacées ont été recommandées dans la coqueluche par Stoll, Matthæi, Lebeinstein, Baumes, etc. Elles ne sont pas cependant d'une très-grande efficacité contre cette maladie. Presque toujours nuisible chez les très-jeunes enfans, à cause des congestions cérébrales si redoutables alors, l'opium, plus encore que la belladone, a l'inconvénient de diminuer l'expectoration. M. le docteur Brachet, si habile à manier ce médicament, avoue qu'il l'a souvent essayé et varié de bien des manières, sans en avoir jamais obtenu un succès assez complet et assez soutenu pour se permettre d'en présenter aucun résultat. Marcus s'élève fortement contre son emploi et recommande de se méfier du calme apparent qu'il produit quelquefois. « Les enfans ont une ou deux nuits calmes, dit-il, mais bientôt ils éprouvent des étourdissemens, de l'assoupissement avec délire, de la soif, une fièvre continue. » Malgré cela on conçoit fort bien qu'administré avec ménagement, et surveillé dans son action, il puisse produire de bons effets, lorsque, surtout, il n'existe point de fièvre ni de céphalalgie. Nous verrons plus loin qu'associé à quelqu'autre antispasmodique, on l'a souvent employé avec

(1) Tout récemment je l'ai employé avec succès dans un cas de coqueluche très-rebelle.

avantage. Le docteur Meyer, de Menden, annonce (*Rust's Magazine*, t. XXVIII), « qu'il est parvenu à faire disparaître dans l'espace de huit jours cinq coqueluches très-violentes, par l'application de la morphine à l'extérieur, d'après la méthode endermique. Il applique un très-petit vésicatoire à la région épigastrique, et après avoir enlevé légèrement l'épiderme, il place sur la surface dénudée un demi-grain de morphine triturée avec une certaine quantité d'amidon : cette application est renouvelée tous les soirs.

Il est à regretter que M. Meyer ne nous fasse pas connaître les effets immédiats produits par la morphine, dans les cas où il l'a employée, non plus que l'âge des malades et l'époque à laquelle ce médicament a été administré, les effets de l'opium employé de cette manière étant tout aussi énergiques que quand il est donné à l'intérieur. La dose de la morphine devrait être moins forte, ce nous semble, si l'on avait affaire à des enfans.

§. 3. *Ciguë.* — Butter, dans son ouvrage sur la coqueluche, qui parut à Londres en 1772, vante la ciguë comme le seul spécifique de cette maladie. Deux ans après, le docteur J. Coakley Lettsom, sans l'avoir essayée, comme il l'avoue lui-même, en blâme l'usage, et propose de lui substituer la teinture de cantharides. Armstrong, qui l'employa à son tour, ne dit point qu'il la regarde comme nuisible (ainsi que M. Desruelles l'a écrit à tort), puisque sur 557 malades, sur lesquels il l'expérimenta, dix-sept seulement succombèrent, et encore ces derniers étaient-ils atteints d'affections irrémédiables. « Sans en obtenir des succès aussi merveilleux que Butter, j'ai cru remarquer, dit-il, qu'elle avait l'avantage de rendre la maladie moins longue. »

Voici, du reste, la formule qu'il employait :

℞ Extrait de ciguë.	gr. xv ;
Eau pure..	} ℥ iv.
Eau de menthe.	
Sucre blanc, quantité suffisante.	

Une cuillerée, toutes les quatre heures, à un enfant de six mois, en augmentant progressivement suivant l'âge et les effets obtenus.

Stork, Lentin, Hayer, Ranoë, et Odier de Genève, ont aussi conseillé l'extrait de ciguë, que Cullen dit avoir totalement abandonné.

§. 4. *Narcisse des prés.* — « J'ai beaucoup employé dans la coqueluche l'extrait de narcisse des prés (*Narcissus pseudo-narcissus*), dit Laennec, et j'ai quelquefois obtenu par son seul usage des guérisons d'une rapidité étonnante, en cinq ou six jours par exemple. Mais ce résultat est rare, et je trouve cette plante beaucoup moins efficace que la belladone. La manière la plus usitée d'employer cet extrait consiste à le donner à la dose d'un demi-grain, à un ou deux grains, à deux, quatre ou six heures d'intervalle, suivant l'âge et la force du sujet.

M. Dufresnoy conseille l'infusion et le sirop de fleurs de narcisse des prés, comme une sorte de spécifique dans la coqueluche : jamais je n'en ai vu faire usage.

§. 5. *Pulsatile.* — L'extrait de pulsatile noire compte particulièrement en sa faveur, le témoignage du docteur Joachim de Ramm (*Journal d'Hufeland*, 1827), qui l'administre dans la coqueluche, à la dose d'un demi-grain, à un grain, chez les enfans de huit à neuf ans. « J'ai toujours réussi, dit-il, à enlever ou du moins à atténuer les accès de suffocation si dangereux, surtout chez les petits enfans, et depuis 1814, que je combats la coqueluche par ce remède, je n'ai échoué qu'une seule fois. »

Ces essais devraient peut-être être répétés.

§. 6. *Acide hydrocyanique.* — Malgré les avantages que MM. Magendie et Heller disent avoir obtenus de ce médicament, nous le regardons comme dangereux et difficile à manier. Le sirop du Codex est, comme on sait, une préparation incertaine et funeste; celui de M. Magendie est le seul qu'on osât prescrire, si l'on jugeait utile d'avoir re-

cours à un moyen aussi violent. Le docteur Elliotson assure qu'il ne lui a trouvé aucun avantage dans la coqueluche ; mais M. Heincken, qui le préconise surtout contre cette maladie, assure qu'il ne lui a jamais vu causer d'accidens. (*Journal d'Hufeland.*)

§. 7. *Eau distillée de laurier-cerise.* — M. le docteur Carron du Villards dit avoir obtenu des succès de cette eau dans la coqueluche, à la dose de six gouttes, toutes les deux heures, chez les enfans, et de trente-six gouttes chez les adultes. Ces doses paraîtront bien minimes si l'on se rappelle que M. le professeur Fouquier l'a fait prendre impunément par onces et par pots à des malades phthisiques. Mais des résultats aussi opposés sont probablement dus à la différence du mode de préparation du médicament dans les deux cas. M. Robert, de Rouen, dans des expériences qu'il a tentées sur lui-même avec cette eau deux fois cohobée, a cru remarquer qu'elle diminuait les mouvemens du cœur, en même temps qu'elle en régularisait les battemens. Le docteur Joerg, de Leipzig, pense qu'elle ne doit être administrée qu'avec la plus grande circonspection, et lui reproche d'augmenter la toux. Dans une telle incertitude, il ne nous paraît pas bien nécessaire d'essayer un semblable médicament.

Cependant le docteur Krimer, de Halles, dit avoir obtenu des avantages de l'inspiration de la vapeur de l'eau distillée de laurier-cerise, à la dose d'un gros pour chaque fumigation qui doit durer de cinq à dix et quinze minutes.

Le docteur Brofferio, qui a employé cette méthode, rapporte, entr'autres observations, celle d'une demoiselle attaquée depuis vingt jours d'une coqueluche que rien ne pouvait soulager. Six fumigations furent faites le premier jour sans résultat évident ; le second jour il y eut un peu d'amélioration, la nuit fut plus calme, mais les vomissemens continuèrent. Le troisième jour, la toux était moins fréquente et moins violente; le quatrième jour la malade

était presque totalement guérie. Les fumigations furent continuées encore pendant deux jours.

M. Brofferio pratique les fumigations en versant chaque fois deux gros d'eau distillée de laurier-cerise sur du sable très-chaud, et il en fait respirer les vapeurs en couvrant la tête du malade d'un drap ou d'une serviette. La quantité d'eau nécessaire pour chaque fumigation varie d'un gros à quatre ; leur durée est de dix à douze minutes, cinq à six fois par jour.

§. 8. *Musc.* — De tous les antispasmodiques conseillés dans la coqueluche, le musc est un de ceux qui paraissent avoir réuni le plus de suffrages. Fuller, Home, Stoll et Danz en ont vanté les bons effets. Il en est de même de Hufeland et de Berger. (*Act. de la Soc. méd. de Copenhague*, T. I.er, p. 315), qui l'ont donné à très-haute dose. Voici ce qu'en dit J. Frank : *Tutissimus moschi usus, præsertim infantibus valdè sensibilibus*, etc.

Telle est la formule dont il se sert pour les enfans de deux à trois ans :

℞. *Moschi*		gr. ij ;
Mucilaginis gum. arabici	aa	ʒ ij ;
Syrupi rosarum		
Aquæ rosarum		℥ j.

Omni secundâ horâ cochlear coffeanum, agit. vase.

Le docteur Dewees en fait aussi très-grand cas, et M. Guersent dit l'avoir employé avec succès dans la deuxième période, surtout chez les enfans très-jeunes, lorsque les quintes n'avaient pas cédé aux vomitifs.

§. 9. *L'assa-fætida* en lavement a été particulièrement recommandé par Millar (en 1769). Murray dit l'avoir trouvé inefficace, et le docteur Dewees, d'une efficacité douteuse ; ce qui n'a pas empêché le docteur Kopp d'en proposer l'usage sous forme de mixture, qu'il fait prendre par cuillerées à café, de deux heures en deux heures, aux enfans de trois à quatre ans, ou bien en pilules, associé à l'extrait de laitue vireuse, pour les enfans plus âgés.

§. 10. *L'oxyde de zinc*, préconisé par Danz, l'a été également par Hufeland et Winckler.

Le docteur de Méza (*Act. de la Soc. de Copenhague*), dit que dans dix cas de coqueluche, l'oxyde de zinc, administré par lui à la dose d'un demi-grain à un grain et demi (après avoir fait usage d'abord des vomitifs), a constamment diminué la toux et amené une prompte convalescence. Le professeur Tode paraît en avoir obtenu les mêmes avantages.

A la dose d'un grain d'heure en heure, dit M. Guersent, l'oxyde de zinc m'a particulièrement réussi sur un enfant de six semaines, chez lequel les quintes avaient résisté à tous les autres moyens, et étaient tellement fortes que je craignais des convulsions. La maladie a cessé dans l'espace de quelques jours. Ce praticien fait d'ailleurs observer qu'à la dose de douze à vingt-quatre grains par jour, ce médicament a, chez les très-jeunes enfans, un effet purgatif, et qu'il agit comme dérivatif. Je l'ai vu quelquefois aussi produire des vomissemens. (*Voyez* obs. 1.re)

L'extrait de jusquiame a été vanté par Danz, Hufeland et Fischer. Il est peu usité maintenant.

Le castoreum a été particulièrement recommandé par Morris. Cullen dit qu'il en a fait plusieurs fois l'essai, sans le trouver efficace.

Bien d'autres médicamens ont encore été conseillés dans la coqueluche, qui depuis ont été tout-à-fait abandonnés, ou qui, bien certainement, devraient l'être, soit à cause de leur inefficacité ou de leur inertie bien démontrées, soit à cause des dangers qui peuvent résulter de l'administration de quelques-uns d'entr'eux. C'est ainsi, par exemple, que Stern (*Journal d'Hufeland*), a proposé le *phellandrium aquaticum*; Wendt (*Journal d'Hufeland*), la glaciale (*mesembryamthemum crystallinum*); Hargens, le safran (*Journal d'Hufeland*); Thom, l'*extrait de saponaire*; Heincken, la *gélatine animale*; Veizhans, le *gayac*; Poutingon et Laennec, les *onctions huileuses sur tout le*

corps; Quarin, le *soufre sublimé*; Willis, le *lichen d'Islande*, recommandé depuis par le docteur Van-Woensel, qui avait abandonné pour cette substance tous les autres antispasmodiques; Fielding, la *digitale pourprée*; Thilenius et Gesner, le *tabac*; Michaelis, *l'extrait de noix vomique*; Simmons et Ferriar, la *solution arsenicale*; M. Théod. Guibert vante la *magnésie décarbonatée* à petites doses; Lœbenstel-Lœbel, le *phosphore* (1); Werlhoff, l'*éther muriatique*; le docteur Marley, la *poudre de Dower*, seule ou *associée à la digitale et au sur-acétate de plomb*; le docteur Sigmond, le *lobelia sylph.* et le *lob. inflata*; Thiel et Henke, l'*acide hydrochlorique*; Pearson, le *sous-carbonate de soude réuni à l'opium et à la myrrhe*; Sauvages, l'*acétate de plomb*; Hufeland, le *muriate de baryte*; Delavallée, *les applications froides sur l'épigastre* (*Jourd. de Méd.*, tom. XXVIII); Ozanam, les *bains chauds*; Kirkland, les *bains froids*. Un médecin de Milan, au rapport d'Ozanam, assurait avoir réussi à arrêter la coqueluche à son début, par *des boissons à la glace et des applications froides sur la région épigastrique*. Wolff, Hargens, Forbes, Burton, Lettsom, Millar, Armstrong, n'ont pas craint d'administrer la teinture de cantharides à hautes doses (1).

Le quinquina, regardé par Sauvages comme une sorte de spécifique, m'a toujours paru, dit Cullen, le moyen le plus certain de guérir la coqueluche lorsqu'elle est parvenue à son second degré; quand il y a peu de fièvre, il est rare que son administration ne termine pas promptement la maladie. C'est dans la dernière période que Rosen le conseille de préférence, et avec raison, suivant nous, tandis que Robert Whytt prétend qu'on doit le donner même dans le premier stade. Le docteur Dewees préfère le sulfate de quinine à l'écorce de quinquina; la seule fois qu'il l'ait employé, le cas était tellement grave et désespéré, que ce

(1) C'est à propos de ce médicament qu'on lit ce qui suit dans

fut presque une résurrection qu'opéra ce médicament. C'est aussi au sulfate de quinine, mais donné en lavement, que M. le docteur Roche a eu quelquefois recours dans la coqueluche, et avec des avantages qui ne lui ont pas paru douteux. C'est plus particulièrement dans les cas où la maladie présentait une périodicité marquée, que cette substance a dû procurer de véritables succès. Il est de toute évidence, par exemple, qu'il faudrait se hâter de l'employer, si, comme on l'a déjà vu, la coqueluche venait à régner épidémiquement, et qu'elle présentât le type rémittent ou intermittent.

Quant au sulfure de potasse, il a été fortement recommandé par Chaussier, et plus tard par Hinze (*Journal d'Hufeland*), et quelques autres praticiens. Marcus dit que ce médicament lui semblerait mieux indiqué dans la dernière période, mais qu'il le regarde comme suspect et d'une efficacité extrêmement douteuse. J. Frank s'écrie, avec un certain cynisme d'expression, en parlant de ce médicament : « *Quis misellos infantes, cum tali merdâ excruciaret ?* » Malgré cette réprobation, M. le docteur Blaud, de Beaucaire, a cherché dans ces derniers temps à réhabiliter le sulfure de potasse. Il cite trois observations de coqueluche chez des sujets de 20 à 23 ans qui en éprouvèrent des effets prompts et favorables à la dose de dix grains, matin et soir, incorporés dans du miel. Le premier de ces jeunes gens était malade depuis vingt jours; il fut guéri en seize jours. La coqueluche du second (frère du précédent), céda au bout d'une quinzaine de jours environ. Le troisième, arrivé au soixantième jour de sa maladie, sortit guéri de l'hôpital, quatorze jours après avoir fait usage du foie de soufre. (*Rev. méd.*, mars 1831.)

L'année dernière je voulus l'essayer à l'hôpital des enfans,

J. Frank, toujours prêt à blâmer hautement les essais imprudens : « *Non satis fuit puerorum tubum alimentarem cantharides crodere, requirebatur aliquid, quod illum etiam adureret. Bone Deus !* »

où je remplaçais l'un des médecins titulaires, alors absent; un seul cas de coqueluche simple et déjà arrivée presqu'à la troisième période, me parut favorable à l'emploi de ce moyen. Après quelques jours de son administration, je fus obligé d'en cesser l'usage : l'enfant, âgée de cinq ans, s'étant absolument refusée à en prendre davantage, et se plaignant d'ailleurs de soif et de douleur épigastrique. J'avais commencé à la dose de quatre grains, et j'étais alors arrivé à huit. La répugnance extrême qu'inspire en général ce médicament, quelle que soit la formule qu'on emploie, me paraît être un des plus grands obstacles à son administration, chez les enfans surtout.

Parmi les remèdes anciennement vantés contre la coqueluche, il en est un recommandé par Willis (*Pharmacol. rat. vol. II. p.* 62), par Baglivi (*In tussi convulsivâ infantum, decoctio ex musco arboreo præsertim à quercu pendente, omnium præstantissima est, ut nos experti sumus monente Willisio.* Prax. med. caput, de tussi); et que J. Frank paraît avoir aussi expérimenté avec soin, dans cette maladie, d'après les avantages qu'il en avait précédemment obtenus dans plusieurs cas de toux nerveuse très-rebelle. C'est le gui de chêne. Nous croyons devoir rapporter ici textuellement la seule observation citée par Frank. « *Puer septennis jàm ultrà dimidium annum coqueluche laborans, mihi eò magis phthiseos timorem incutiebat, cum jam semel bronchitide chronicâ laboraverit, nuncque sputa cruenta, febricula continua, sudores nocturni, macies et debilitas urgerent. Debellatâ priùs per digitalem et aquam selteranam febre, illicò tussim* cum visco quercino, *quater de die ad grana quindecim, superbibendo decoctum ejusdem saturatum, aggressus sum, et quidem tanto cum successu, ut sumto per nonnullos dies hoc remedio, æger lætus mihi obviam venerit, exclamando gratias pro pulveribus! Reverà spatio trium hebdomadum, perfectè sanus evasit.* »

Cullen, qui parle de cette substance, dit qu'elle a été célèbre ; mais que, ne l'ayant point essayée il n'a rien à en dire.

Administré sous forme de sirop, dans les deux cas dont les observations ont été recueillies à l'hôpital des Enfans, le gui de chêne n'a produit et n'a dû produire aucune espèce d'effet avantageux. En ville, dans deux cas de coqueluche simple encore peu avancée, il a manifestement diminué les quintes et rendu l'expectoration plus facile. Chez une petite fille en particulier, les quintes ayant presque totalement cessé au bout de quelques jours, on cessa l'usage du sirop de gui de chêne. La toux revint bientôt avec plus de violence, et M. Guersent, qui fut alors consulté, ayant prescrit de nouveau le médicament, on vit en peu de tems survenir un amendement des plus marqué. Depuis lors M. Guersent et moi nous avons donné le gui de chêne, tantôt en poudre, et tantôt en sirop dont on se servait pour édulcorer la tisane ordinaire : nous croyons en avoir observé des résultats favorables; mais le temps seul et des expériences plus nombreuses devront sanctionner l'emploi de cette substance et prouver si réellement elle peut être conseillée dans la coqueluche.

Un de nos jeunes pharmaciens les plus distingués, M. Flon, qui s'occupe d'en faire l'analyse, m'a communiqué le fait suivant, qui me paraît assez intéressant : « Celui de ses élèves qu'il avait chargé de pulvériser le gui de chêne se trouvait atteint depuis quelque tems d'une toux assez incommode. Ce jour-là, et après l'opération achevée, il fut pris d'une expectoration des plus abondantes; le lendemain la toux avait presque complètement cessé.

Il est encore un certain nombre de médications complexes ou empiriques préconisées contre la coqueluche, et que nous croyons devoir exposer ici, comme dans une espèce de formulaire, pour ne rien omettre de ce qui a rapport au traitement d'une maladie souvent si rebelle. Ainsi, par exemple, le traitement du docteur Autenrieth,

qui consiste exclusivement dans l'emploi de la pommade suivante, sans le secours d'aucun remède interne, mérite bien certainement d'être rappelé, malgré ses insuccès.

℞ Axonge. . . . . ℥ j;
Emétique. . . . . ʒ ß.

On frictionne trois fois par jour la région épigastrique, avec gros comme une noisette de cette pommade : le second ou le troisième jour il vient une éruption de vésicules avec peu d'inflammation autour. On continue les frictions, l'éruption s'accroît, devient pustuleuse avec une vive rougeur autour des boutons, et prend l'aspect d'une belle éruption de grosses pustules varioliformes. Quand les pustules sont arrivées à ce point de maturité, on peut faire les frictions où l'on veut, en évitant seulement la malpropreté. Les parties génitales, dans les deux sexes, se couvrent de pustules, et à mesure que la première éruption fait des progrès, l'autre devient plus vive et plus incommode, mais elle n'a aucune gravité et sèche bientôt d'elle-même. Dès que les boutons épigastriques sont pleins de pus, ils se convertissent en croûtes brunes comme ceux de la petite vérole, et cela, soit que l'on continue, soit que l'on cesse les frictions : peu à peu les croûtes tombent et laissent après elles des plaques rouges qui deviennent ensuite plus blanches que le reste de la peau. Si l'on ne fait de frictions que jusqu'à la suppuration des boutons, la coqueluche n'est pas enrayée ; il faut les continuer jusqu'à la production de petites ulcérations à bords saillans dans les intervalles des croûtes. Ces ulcérations produisent *un peu de douleur*, mais elles sont le seul inconvénient du traitement : elles laissent à leur suite des cicatrices semblables à celles de la variole. Sous l'influence de ce traitement, qui dure de huit à douze jours au plus, on voit cesser peu à peu les quintes de toux ; peu à peu aussi tombe l'excitation causée par l'éruption, et les ulcérations se cicatrisent. (Dans le cas où elles resteraient fort douloureuses et où elles ne se fermeraient

pas, Autenrieth dit qu'il faut avoir recours à des lotions faites avec une forte décoction de fenouil ou de ciguë, plutôt qu'au cérat saturné qu'on a coutume d'employer alors.)

L'auteur dit avoir trouvé cette méthode infaillible dans deux épidémies de coqueluche ; il n'a pas perdu un seul malade et il a réduit le cours de cette affection à autant de jours de durée qu'elle avait auparavant de semaines. Il répète, d'ailleurs, qu'il n'a employé concurremment aucun remède interne.

Malheureusement, plusieurs praticiens qui ont essayé cette méthode, soit en France, soit en Allemagne ou en Angleterre, ne se sont point trouvés d'accord avec Autenrieth sur les succès de sa pommade. Tantôt, en effet, la coqueluche a suivi sa marche ordinaire, sans éprouver aucune modification appréciable; tantôt elle n'a ralenti son cours que d'une manière peu sensible; enfin, dans quelques cas, d'autres proportions dans la formule de l'auteur ont dû être préférées pour produire un effet quelconque. Henke, qui a eu quelquefois à s'en louer, ne la trouve applicable que dans les cas où la coqueluche est simple et exempte de complications. Alors même, il lui préfère les moyens suivans. Chez les enfans de un an à trois ans, il donne la potion ci-dessous par cuillerées à café toutes les demi-heures.

℞ Eau de fenouil.	℥ j.
Laud. de Sydenham.	gut. vj à viij.
Sirop de canelle.	℥ ß.

Depuis l'âge de quatre ans jusqu'à dix :

℞ Eau de fenouil	℥ j ;
Laud. de Sydenham.	gut. xv à xx.
Liq. M. anod. d'Hoff.	ʒ ß.
Sirop d'écorces d'oranges.	℥ ß.

Si la faiblesse prédomine, particulièrement vers la fin de la maladie, il associe l'opium au quinquina, de la manière suivante :

℞ Extrait de quinquina. . . . . . ʒ j.
Eau distillée de fenouil. . . . . . ℥ j ß.
Liqueur d'Hoffmann. . . . . . . ʒ j.
Teinture thébaïque. . . . . gut. xv.
Sirop d'écorces d'oranges. . . . . ℥ j.

A prendre par cuillerées à café toutes les heures.

Le docteur Dewees commence presque toujours le traitement de la coqueluche par les émissions sanguines; il a recours ensuite aux vomitifs et aux purgatifs : relativement à ces derniers, comme les Anglais et presque tous ses compatriotes, c'est au calomel qu'il donne la préférence; car, dit-il, indépendamment de ses effets purgatifs, ce sel est doué d'une propriété particulière, pour diminuer la violence de la maladie et en abréger le cours (1).

Quant aux évacuans des premières voies, on se sert habituellement, dit-il, aux Etats-Unis, d'un sirop (*coxe's hive syrup.*), qui offre l'avantage d'être tour-à-tour expectorant et vomitif, suivant la dose à laquelle on l'emploie. Voici, du reste, la composition de ce sirop, et la manière de l'administrer dans les deux cas :

℞ Racine de serpentaire de Virginie concassée. . . . . } āā ℔ j ;
Scille desséchée. . . . . }
Eau. . . . . ℔ viij.

Faites réduire à moitié sur un feu doux; retirez du feu et ajoutez :

Miel épuré. . . . . 4 pintes (*mes. angl.*)

Réduisez à six livres, jusqu'à ce que la liqueur ait la consistance d'un sirop; puis, pour chaque livre, ajoutez seize grains de tartre stibié; de cette manière chaque once contient un grain d'émétique.

---

(1) « Marcus dit que le mercure est d'autant mieux indiqué dans la coqueluche, qu'il agit à-la-fois comme antiphlogistique et comme résolutif. C'est aussi le calomel qu'il préfère, mais après les évacuations sanguines, bien entendu. »

Pour provoquer l'expectoration chez un enfant de trois à quatre mois, on donne huit gouttes de ce sirop toutes les heures ou toutes les deux heures, proportionnant ensuite les doses à l'âge des malades et aux effets produits. Comme vomitif, les doses sont les mêmes; seulement on le répète tous les quarts-d'heure jusqu'à ce que l'effet soit obtenu (1).

Un peu plus tard c'est aux narcotiques et aux antispasmodiques qu'il s'adresse de préférence; le meilleur calmant, suivant lui, c'est *la mixture noire* (2), qu'il donne de la manière suivante :

Chez les enfans de quatre à six mois, une petite cuillerée à thé toutes les deux ou trois heures pendant la nuit, si la toux est très-incommode; de six mois à un an, une grande cuillerée à thé, répétée au besoin; de un an à deux, une cuillerée à dessert, et de deux à quatre une cuillerée à soupe.

Mais dans la troisième période de la coqueluche, il n'a jamais rien employé, dit-il, d'aussi efficace que *l'ail* en substance. Les enfans finissent par s'habituer à son odeur, si répugnante aux adultes; quant à sa saveur *ils la trouvent même bientôt fort agréable*. A six ou sept ans, il

---

(1) Le docteur Jeanroy avait l'habitude de donner la potion suivante, dont il se louait beaucoup :

℞ Ipéca	℈ j ;	
Follicules	ʒ ij ;	
Eau	℥ viij.	

Faites bouillir, passez et ajoutez :

Sirop d'althea	ana ℥ j.
Vin scillitique	

Nota. Trois cuillerées à café par jour, dans une tasse d'infusion de lierre terrestre.

(2)

℞ Elixir parégorique	℥ j ;
Vin antimonié	℥ ß ;
Extrait de réglisse	ʒ iij ;
Poudre de gomme arabique	ʒ ij ;
Eau bouillante	℥ vj.

F. S. A.

commence par leur en faire manger le tiers d'une gousse le matin, l'après-midi et le soir. Il augmente ensuite la quantité progressivement. Un enfant de dix ans peut en manger la moitié d'une gousse trois fois par jour. Il fait en outre composer un liniment avec le suc de cette substance, et il s'en sert pour faire frictionner l'épine dorsale.

Le docteur Kahleiss, qui a déjà publié en 1827 (*Horn's Archiv.*), un mémoire sur l'efficacité d'un mélange de belladone, d'ipéca et de soufre, qu'il avait employé dans une dixaine de cas de coqueluche, a fait insérer (*Journal d'Hufeland*, février 1829), de nouvelles observations qui viennent pleinement justifier, dit-il, ce qu'il avait avancé précédemment.

Voici les formules qu'il propose :

℞ Poudre de racine de belladone récem^t préparée.	gr. iv;
Poudre de Dower.	gr. x;
Fleur de soufre lavé.	℈ j v;
Sucre en poudre.	ʒ ij.

Diviser en 20 poud., une toutes les deux heures pour un enfant de deux ans.

Entre chaque prise il donne une cuillerée à thé de la potion suivante :

℞ Eau de camomille.	℥ j;
Sirop simple.	ʒ ij;
Acide hydrocyanique (Vauquelin). . .	gut. xij.

F. S. A.

L'auteur fait observer que par fois les effets de ce traitement ne se manifestent qu'après cinq à six jours; mais alors ils deviennent très-évidens, et en général la guérison ne se fait pas attendre plus de huit à douze jours

S'il survenait des efflorescences à la peau et de la dilatation aux pupilles, il faudrait, dit-il, suspendre le traitement pendant 48 heures.

M. Guersent a plusieurs fois donné avec un grand avan-

tage, chez les très-jeunes enfans surtout, un mélange à parties égales d'oxyde de zinc, de poudre de belladone et de cigüe, d'abord à la dose de trois quarts de grain, trois fois par jour, dans un looch, ou toute autre potion appropriée, en augmentant la dose ensuite progressivement.

Ce mélange conseillé par M. Yvan, chirurgien en chef des Invalides, dans une épidémie de coqueluche qui régnait à sa campagne, a produit nous a-t-il dit, les plus heureux résultats. L. Odier, de Genève, employait aussi l'extrait de ciguë, mais associé au quinquina.

M. le docteur Joly dit avoir combiné avec beaucoup de succès dans la coqueluche, le sulfate de quinine, la belladone et l'opium.

Dans la troisième periode de la coqueluche, les quintes sont ordinairement plus rares et moins longues, bien qu'elles conservent encore pour l'ordinaire leur caractère convulsif particulier; la maladie semble être en décroissance, mais sa terminaison complète est quelquefois encore assez éloignée.

Il ne faudrait pas croire en effet, comme on l'a écrit à tort, snivant nous, que tout médicament devint alors superflu et que la nature pût faire seule les frais de la guérison; l'expérience de tous les jours démontre le contraire, et c'est peut-être encore plutôt à cette époque de la coqueluche que dans la période précédente, que l'art est appelé à montrer son pouvoir; c'est ordinairement alors que les toniques et les légers excitans, employés d'une manière convenable, amènent presque toujours une solution favorable. Chez les enfans faibles et épuisés par la longueur de cette maladie, on fait succéder avec avantage au régime lacté ou féculent et aux boissons délayantes ou mucilagineuses, les décoctions de quinquina, de lichen d'Islande, l'infusion légère de café, de serpolet, d'hyssope ou de petit chêne, les eaux minérales sulfureuses de Bonnes, de Cauterets ou d'Enghien, un régime fortifiant et principalement

composé de viandes bouillies ou rôties. C'est dans cette période et dans ces circonstances aussi, qu'on a vanté les substances balsamiques, le baume de Tolu, la gomme ammoniaque, l'oxymel scillitique et le kermès minéral donnés à petites doses; les pastilles de soufre et celles d'ipécacuanha, certains sirops tels que celui de Des Essarts, de Boulay, de Lamouroux. Mais, nous devons le dire, presque jamais ces divers moyens ne nous ont paru répondre aux éloges qu'on leur prodiguait. Quant aux sudorifiques auxquels on a voulu attribuer des effets merveilleux, je n'ai jamais pu leur accorder une grande confiance.

M. le docteur Roche paraît avoir alors retiré quelque efficacité du poivre blanc, donné à la dose de 6 à 24 ou 36 grains, suivant l'âge des enfans. La saveur âcre et chaude de cette substance doit être difficilement supportée par les enfans; je ne l'ai jamais vu employer.

Le lait d'ânesse seul, ou coupé avec l'eau de Seltz naturelle, a été particulièrement recommandé par J. Frank et Marcus, lorsque le catarrhe pulmonaire se prolonge très-longtemps. M. Guersent donne alors aussi le lait d'ânesse ou de chèvre; mais il le coupe de préférence avec l'une des eaux sulfureuses dont nous avons précédemment parlé; quelquefois il le fait édulcorer avec le sirop de quinquina. Souvent aussi alors je lui ai vu faire établir un exutoire au bras avec un très-grand avantage.

Mais de tous ces moyens, celui qui nous paraît le plus constamment efficace, c'est le changement d'air. J'ai eu, ainsi que M. Guersent, les exemples les plus frappans des avantages qu'on peut en obtenir dans la dernière période de la coqueluche, lorsque tous les moyens rationnels ont échoué (1).

---

(1) « J'ai vu de bons effets d'un remède vanté autrefois par Willis, dit le docteur L. Odier, de Genève; c'est de conduire tous les jours le malade pendant une heure ou deux, dans un moulin en mouvement. » (*Manuel de Méd.-prat.*, page 247.)

Il n'est pas toujours nécessaire d'ailleurs, comme le croient quelques personnes, que ce changement ait lieu de la ville à la campagne ; j'ai vu des enfans changer seulement de quartier et obtenir presque subitement une amélioration notable, quelquefois même la cessation immédiate des quintes de toux. Les deux filles de M. le professeur C..... avaient la coqueluche, l'une depuis deux mois environ, l'autre depuis quarante jours ; les quintes conservaient assez de violence et se répétaient plusieurs fois nuit et jour. Du faubourg S.-Germain qu'elles habitaient, leur père les envoya au Marais, et dès le lendemain la toux avait presque tout-à-fait cessé.

« Jusqu'ici, dit M. le docteur Roche. les auteurs se sont bornés à conseiller de transporter les malades atteints de coqueluche, à la campagne, sans se rendre compte du mode d'action de ce moyen hygiénique ; aussi n'en ont-ils obtenu que des effets incertains, (par exemple Marcus et le docteur Dewees). Convaincus de la propriété contagieuse de la coqueluche, nous avons pensé que les malades devaient vicier l'air au milieu duquel ils vivent, en le chargeant continuellement du miasme contagieux, probablement secrété par la muqueuse pulmonaire, et qu'ils devaient en outre en imprégner à chaque instant leurs vêtemens. Agissant d'après cette vue hypothétique, nous avons conseillé de transporter fréquemment les petits malades d'un lieu à un autre ; de renouveler souvent leurs vêtemens, et de ne les ramener à un lieu qu'ils ont déjà occupé, comme de ne leur faire reprendre les habillemens qu'ils ont déjà portés, qu'après avoir purifié les uns et les autres, en les exposant à la vapeur des chlorures. Nous faisions placer en même temps de ces chlorures en évaporation dans la pièce qu'ils habitaient, Déjà quelques guérisons rapides sont venues encourager ces essais que nous nous proposons de continuer. Il nous a suffi, dans quelques cas, de faire changer chaque jour les enfans de chambre et de

vêtemens sans les sortir de Paris, pour obtenir les mêmes effets. » — « Sur le témoignage de Wetzler, et d'après quelques essais heureux de M. Roche, dit M. le docteur Joly (*Dictionnaire de Méd. et de Chir.-prat.*), dans une coqueluche qui avait résisté à tous les moyens ordinaires, je fis placer dans la chambre du malade des vases contenant du chlorure de chaux. En trois ou quatre jours, les quintes de toux qui se répétaient 30 *à* 40 *fois* par nuit furent réduites à quatre ou cinq, et bientôt la coqueluche disparut entièrement. » Je n'ai jamais vu employer ce moyen, et je regrette vraiment de ne pas en avoir eu plutôt connaissance. Mais à la première occasion, je ne manquerai pas d'en tenter l'emploi qui ne me paraît offrir nul inconvénient.

Quant aux moyens préservatifs, je ne crois pas pouvoir faire mieux que de répéter avec J. Frank. « *Prophylaxis, consistit in fugâ contagii. Sani hinc ab œgrotantibus, et utrique à suspectis et à convalescentibus separandi sunt. Summa quoque supellectilis et vestium infectarum ratio habenda est. Vigente coqueluche epidemico, parentes et institutores, curâ duplici invigilent ne infantes errores in diæta committant. ne corpus exæstuent, ne frigori sese exponant. Fumigationes ex pice navali aut ex terebenthinâ* (Watt) *vias aëreas irritando, nocere possent. Idem depotu infusi rosmarini sylvestris* (Linnée) *expectandum. Vaccinam a coqueluche tueri illumque mitigare* (*Cleeve, Okes et Mouton*) *fabula est* (1).

(1) L'emploi de la vaccine, infructueusement conseillé pour prévenir la coqueluche, paraît avoir été toutefois essayé avec quelque avantage dans le traitement de cette maladie. Ce moyen était déjà connu en Allemagne, en France et en Amérique, lorsque le docteur Thomson l'étudia de nouveau, et consigna ses recherches dans la *Gazette médicale de Londres* (3.e vol., p. 46.) Depuis, le docteur Chevallier a publié dans le même recueil, trois cas de succès obtenus sur de jeunes enfans. Moi-même j'ai eu tout récemment l'occasion de reconnaître l'heureuce influence de la vaccine sur une petite fille, au 20.e jour environ de la coqueluche.

Modifications du traitement d'après les complications.

C'est ordinairement pendant la deuxième période qu'on observe les complications dont nous avons parlé plus haut ; il n'est pas rare toutefois qu'elles paraissent dès la première période et même vers la fin de la coqueluche.

Disons en général que, quelles que soient ces complications, dès qu'on les a reconnues, il faut se hâter de les combattre, et cela comme si la coqueluche n'existait point. Toute phlegmasie un peu intense, qu'elle occupe la poitrine, ou que les organes gastro-intestinaux en soient le siège, réclame alors impérieusement l'usage des émissions sanguines, proportionnées, bien entendu, à la constitution des sujets, à l'époque de la maladie, etc. Chez les jeunes enfans surtout, il faut veiller à l'état du cerveau, et sans adopter les idées exclusives de J. Webster et de M. Desruelles, nous pensons qu'on obtiendra les meilleurs résultats de l'application des sangsues aux tempes ou derrière les oreilles, toutes les fois qu'il existera des signes de congestion vers cet organe ; à plus forte raison, si des convulsions avaient lieu, avec fréquence et plénitude du pouls et qu'on eût à redouter une phlogose des méninges ou du cerveau lui-même. Lorsque, les quintes de toux étant très-violentes, on voit à leur suite le sang se répandre dans le tissu cellulaire qui se trouve autour des orbites, et y déterminer des ecchymoses assez étendues, on peut craindre, en songeant à la fragilité des capillaires du cerveau, qu'un pareil épanchement ne s'opère à son intérieur, c'est donc une précaution utile (et à laquelle d'ailleurs je n'ai jamais manqué), de placer alors quelques sangsues vers les apophyses mastoïdes, en même temps qu'on dirige des révulsifs vers les extrémités inférieures.

Lorsque les symptômes nerveux dominent, que l'excitation générale est très-vive, et que, malgré la très-grande fréquence du pouls, aucun organe important ne paraît

manifestement lésé, c'est aux bains tièdes qu'il faut surtout alors demander du soulagement, sans négliger pour cela les sédatifs et les autres anti-spasmodiques indiqués. J'ai vu M. Guersent, dans des cas de ce genre, obtenir des effets les plus merveilleux des bains convenablement administrés. Ces bains, donnés à une température douce et telle que les enfans n'y éprouvassent ni la sensation du froid, ni celle du chaud, étaient souvent et utilement répétés, matin et soir. J'ai vu des enfans y demeurer deux heures sans qu'il survînt aucune quinte, et demander quelquefois d'eux-mêmes à y rester davantage, tant ils paraissaient y ressentir de bien-être. Pour éviter que le sang ne se porte à la tête pendant l'usage du bain, il faut avoir soin de tenir sur le front, en les renouvelant fréquemment, des compresses imbibées d'eau fraîche ou d'eau éthérée. Quelques affusions avec de l'eau plus ou moins froide pourraient être essayées dans des cas semblables, avec quelque espérance de succès, pourvu toutefois qu'il n'existât pas en même temps de phlegmasies vers les organes thoraciques.

Si la toux, l'amaigrissement et le mouvement fébrile étaient entretenus par quelques phlegmasies profondes, chroniques ou sub-aiguës du tissu pulmonaire, il faudrait, les forces du malade ne permettant plus de se fier aux émissions sanguines, avoir recours à l'application d'un vésicatoire sur la poitrine, et mieux encore, à la potasse caustique placée sur les points du thorax correspondant à la lésion pneumonique, non pas pour y établir un cautère avec pois, mais pour obtenir une plaie qui suppure. Cette méthode, qui est celle de M. Guersent, nous a réussi quelquefois d'une manière inespérée. Il est vrai qu'il ne faut point se décourager tout d'abord de l'insuccès des premières applications, auxquelles il est souvent nécessaire de revenir à plusieurs reprises. Je me rappelle un enfant de huit ans que je voyais avec mon malheureux ami M. Dance : une

pneumonie du sommet nous faisait redouter des tubercules, la coqueluche existant depuis trois mois, et le malade maigrissant à vue d'œil. Treize morceaux de pierre à cautère furent successivement appliqués au-dessous de la clavicule droite et en arrière; plus de deux mois se passèrent au milieu de ces tentatives presque désespérées, après lesquelles nous fûmes assez heureux pour voir l'enfant se rétablir d'une manière complète. Chose remarquable, c'est que, l'inflammation dissipée, les quintes de coqueluche persistaient encore et ne cédèrent qu'au séjour à la campagne.

Mémoire sur l'appareil inamovible dans le traitement des fractures; par M. Bérard *jeune, chirurgien des hôpitaux, agrégé près la Faculté de Paris.* (Suite et fin.)

Suite de la première partie. (1) — Depuis l'époque où j'ai fait paraître la première partie de ce Mémoire, j'ai eu de nouvelles occasions de me servir de l'appareil inamovible. Je vais en peu de mots tracer ici l'histoire des observations les plus remarquables que j'ai nouvellement recueillies.

Obs. XX.ᵉ — Une jeune fille de 15 ans eut une fracture simple du corps fémur du côté gauche: la facilité avec laquelle le raccourcissement se produisait dès que le membre était abandonné à lui-même, après la réduction, porte à croire que la fracture était oblique. L'appareil inamovible fut placé quatre ou cinq jours après la fracture, temps pendant lequel la cuisse fut maintenue sur un double plan incliné. L'appareil fut levé au bout de 40 jours de maladie; la consolidation était parfaite sans raccourcissement ni déviation du membre. La malade avait accusé de la dou-

(1) Voir *Archives générales de Médecine*, etc.; 2.ᵉ série, tome II, page 218.

leur au talon; cette partie fut trouvée couverte d'une phlyctène remplie de sérosité roussâtre. Des bandelettes de diachylon amenèrent la cicatrisation de cette ulcération qu'une position vicieuse de la talonnière avait peut-être produite.

Obs. XXI.[e] — Un homme adulte, d'une bonne santé, entré à l'hôpital pour une fracture complète de jambe à deux pouces au-dessus des malléoles, et traité pendant six semaines par l'appareil ordinaire des fractures de jambe, ne vit point le cal se consolider; fait de plus à ajouter à ceux déjà connus de retard dans la consolidation du cal par suite de disposition générale ou locale inconnue. Le pied s'était dévié en dehors; je le ramenai à sa rectitude naturelle et, pendant six autres semaines, il fut tenu dans cette position à l'aide de l'appareil de M. Dupuytren; le pied resta droit, mais la consolidation ne se fit pas, et la fracture fut trouvée aussi mobile que le premier jour. J'eus recours alors à l'appareil inamovible; dès qu'il fut solidifié, je permis au malade de se lever et de marcher avec des béquilles, en évitant de poser par terre le pied du côté malade. A la levée de l'appareil, qui fut faite six semaines après son application, le cal avait acquis une dureté parfaite.

Obs. XXII.[e] et XXIII.[e] – Dans le mois d'octobre, j'ai enlevé deux appareils inamovibles appliqués, l'un sur un adulte, pour une fracture simple du péroné à un pouce au dessus de la malléole externe du côté gauche, datant de cinq semaines: le malade s'est promené tous les jours avec des béquilles; la consolidation est parfaite; le pied est droit; le cal provisoire forme une saillie régulière au niveau de la fracture : l'autre, sur un enfant de dix ans pour une fracture de cuisse datant de six semaines, simple, du côté droit, vers la partie moyenne du corps du fémur. La cuisse est très-droite, le cal est solide et un peu renflé; il n'y a pas une ligne de raccourcissement.

MM. Matthias Mayor, de Lausanne, Kapeler, Larrey fils, ont assisté à la levée de l'appareil dans les quatre cas que je

viens de mentionner, et ont constaté avec moi que la guérison était parfaite.

Obs XXIV.e — Le 24 septembre, un garçon âgé de 14 ans ayant fait une chute d'un second étage sur les pieds, eut une fracture de cuisse, vers le tiers inférieur de l'os, compliquée de plaie ; l'un des fragmens avait traversé toutes les parties molles et la culotte du petit blessé. L'appareil inamovible fut mis deux jours après. Le malade s'en trouva fort bien pendant les deux premiers jours ; mais le 28 septembre il commença à sentir des élancemens douloureux dans la cuisse fracturée. et l'on vit couler une sérosité sanguinolente vers le haut de la cuisse. La douleur par élancemens augmenta jusqu'au 2 octobre ; il s'y joignit alors des contractions convulsives et douloureuses des muscles de la cuisse, le malade fut pris de trismus et d'opisthotonos. Les accidens tétaniques furent bientôt portés au plus haut degré, et après quelques alternatives de mieux et de plus mal, il succomba le 3 dans la soirée.

Quoique l'extrémité des orteils conservât sa couleur et sa température, quoiqu'il en fût de même de la partie la plus élevée de la cuisse que l'on pouvait apercevoir au-dessus du bandage, quoique le membre conservât à peu-près sa longueur naturelle, malgré les violentes contractions musculaires dont il était agité, le 3 au matin, voyant le tétanos déclaré, et les douleurs ressenties par le malade dans le lieu de la fracture, extrêmement vives, je me décidai à couper les pièces d'appareil. Dès que la cuisse fut à découvert, on reconnut qu'elle était en aussi bon état que possible. *Il n'y avait ni rougeur, ni chaleur, ni gonflement.* La plaie laissait échapper du sang veineux comme ferait une blessure récente ; l'écoulement augmentait à chaque contraction musculaire. D'ailleurs ses bords avaient un fort bon aspect. A peine l'appareil fût-il enlevé que le membre devint difforme ; je ne parvins qu'avec peine à le maintenir sur un double plan incliné, et je regrettai véritablement d'avoir,

par une prudence timide, enlevé un appareil qui, malgré les convulsions, contenait aussi exactement la fracture.

L'examen de la cuisse, fait 36 heures après la mort, fit voir que les parties profondes n'étaient pas moins saines que la superficie; un épanchement de sang peu considérable suivait le trajet des vaisseaux fémoraux jusqu'au pli de l'aîne. Les seuls désordres consistaient 1.° dans la séparation du périoste qui avait entièrement abandonné les fragmens jusqu'aux extrémités de la diaphyse. 2.° Dans la déchirure du muscle triceps, de l'aponévrose fascia-lata, de la peau, au niveau de la fracture. 3.° Dans un chevauchement de deux à trois pouces, le fragment inférieur était placé au côté interne et postérieur de l'autre, celui-ci était enfoncé dans l'épaisseur du muscle triceps et s'arcboutait contre la face interne de l'aponevrose fascia-lata, à deux pouces au-dessous de la déchirure de cette membrane. A cela près de ces lésions dont les deux premières ont été produites sans doute au moment de la fracture, et la troisième à partir du moment où les contractions tétaniques ont entraîné le chevauchement des fragmens, tous les tissus de la cuisse depuis la peau jusqu'à l'os étaient dans un état d'intégrité parfaite.

Disons en passant que ni les nerfs, ni l'axe cérébro-spinal n'ont offert la plus légère trace d'altération.

Obs. XXV.° — Je termine ces observations par celle d'un adulte grand et vigoureux, dont la cuisse fut cassée en deux endroits par la chute sur cette partie, de tables de fer de plusieurs centaines de livres de pesanteur. Au moment où l'appareil fut mis, la cuisse du côté blessé avait au milieu de sa hauteur quatre pouces et demi de circonférence de plus que celle du côté opposé; aussi ai-je été obligé de resserrer les liens plusieurs fois pendant les premiers jours. Néanmoins le malade a cessé de souffrir dès que la cuisse a été contenue dans l'appareil, et la consolidation s'est accomplie sans raccourcissement ni difformité.

J'aurais désiré compléter moi-même l'observation 19°, mais le malade qui en est le sujet fut, au bout de trois semaines, transféré à Bicêtre à cause du trouble qu'il occasionnait dans la salle. M. Murat trouva le bandage en si mauvais état, (le malade laissait aller ses urines et ses matières fécales dans le lit,) qu'il jugea à propos de l'enlever et de poser l'appareil ordinaire. Le malade mourut plus tard d'escharres au sacrum. La fracture était mal consolidée et il y avait du raccourcissement.

Le traitement par l'appareil inamovible ayant été incomplet, l'observation devient sans valeur, et je crois devoir n'en tenir aucun compte dans les considérations générales dans lesquelles je vais maintenant entrer.

Seconde partie. — La consolidation d'une fracture est le résultat d'un travail par suite duquel une substance organique s'épanche à l'extrémité des fragmens de l'os, s'infiltre dans les parties molles les plus voisines, éprouve plusieurs transformations jusqu'à son entière ossification. Plus le repos sera grand dans la partie fracturée, plus facile et rapide sera l'accomplissement de ce travail. On voit de suite que, toutes circonstances égales d'ailleurs, un appareil qui n'a pas besoin d'être renouvelé, depuis le moment de son application jusqu'à la cure complète de la maladie, est celui qui présente le plus de chances pour assurer cette immobilité si favorable à la consolidation du cal.

Lorsque la réduction d'une fracture est bien opérée, plusieurs circonstances contribuent à faire perdre aux fragmens les rapports réguliers que les efforts de réduction avaient établis entre eux. Le poids du corps, celui du membre fracturé, les contractions musculaires, sont les causes les plus fréquentes de ce déplacement, et agissent alors même que le malade se soumet au repos le plus absolu sur un plan horizontal. Abandonné à lui-même, le membre fracturé s'incurve, se contourne autour de son axe, se raccourcit.

C'est pour prévenir ces accidens qu'ont été inventés les divers bandages à l'aide desquels on essaie de contenir les fractures; voyons si l'appareil inamovible remplit bien ce but. Nous avons décrit dans la première partie son mode d'application. Les pièces qui le composent forment, au bout de 24 à 36 heures, une masse compacte, cohérente, exactement moulée sur le membre ; dès lors il n'est plus possible que celui-ci se ploye angulairement au niveau de la fracture. Le déplacement selon l'axe ou la circonférence du membre est de même empêché; car le fragment supérieur, emboîté dans le même moule que l'inférieur, est, en même temps que lui, porté dans la rotation en dedans ou en dehors. Relativement au déplacement selon la longueur, l'appareil inamovible a pour le prévenir moins d'efficacité, je pense, que plusieurs des appareils à extension permanente. Cependant les faits publiés dans ce travail prouvent encore avec quelle puissance il agit, puisque, sur huit fractures du corps du fémur qui se sont consolidées dans l'appareil inamovible, six ont guéri sans raccourcissement.

On peut comprendre comment, même dans une fracture d'un os long, l'appareil inamovible oppose au déplacement que la contraction musculaire tend à produire un obstacle assez énergique. En effet, si nous supposons cet appareil placé pour une fracture oblique du corps du fémur, le membre ne pouvant glisser dans l'appareil, il faudra qu'il entraîne celui-ci dans son déplacement. Tout le bandage devra donc glisser de bas en haut sur le plan du lit qui le supporte; mais le frottement qui résulte de ce déplacement est déjà une circonstance qui lutte avec avantage contre la contraction musculaire : cependant ici n'est pas l'obstacle le plus grand au déplacement; cet obstacle, le voici : la partie supérieure du membre, celle qui répond au fragment supérieur, est elle-même embrassée par l'appareil inamovible exactement appliqué sur elle, et terminé en haut sur la circonférence correspondante du tronc. Or, la forme

conique de la cuisse, l'évasement du bassin, ne permettent en aucune façon que la portion de l'appareil qui répond à ces parties glisse sur elles de bas en haut, ou, en d'autres termes, que le fragment supérieur descende en glissant à l'intérieur du moule qui le renferme. Tout chevauchement, quelle que soit l'obliquité de la fracture, devient dès-lors impossible.

C'est de la même manière que l'appareil inamovible résiste aux autres causes, quelles qu'elles soient, de déplacement, selon la longueur du membre.

La dessiccation du bandage n'ayant lieu qu'au bout de 24 à 36 heures, d'une part; d'une autre part, un intervalle quelquefois assez large se produisant entre les pièces d'appareil et le membre, par suite de l'amaigrissement et de la résolution de l'engorgement, on peut croire que ces circonstances font perdre au moyen contentif les avantages qui viennent d'être exposés; mais ces deux objections sont faciles à réfuter.

1.° Quand une fracture est bien réduite, et que les fragmens sont maintenus à l'aide de l'appareil ordinaire, ce n'est jamais dans les deux ou trois premiers jours que le déplacement s'opère; ce n'est que plus tard, lorsque les mouvemens involontaires ou indispensables du malade, répétés chaque jour, ont amené le relâchement des liens et des bandes, détruit la régularité de la pression des paillassons et des attelles; d'où résulte la nécessité d'une nouvelle application du bandage. Or, l'appareil inamovible, quoique encore humide, maintient les fragmens, pendant les deux premiers jours, avec tout autant de solidité que l'appareil ordinaire, puisqu'il se compose des mêmes élémens : compresses superposées sur le lieu de la fracture, bandage à dix-huit chefs, paillassons et attelles (ici ce sont des fanons), liens qui assujettissent le tout; cette contention ne peut s'affaiblir en vingt-quatre heures; les mouvemens du malade n'ont pas été assez multipliés. Le membre sera donc ren-

fermé dans son moule avec une bonne conformation, au moment où celui-ci aura acquis une dureté convenable.

2.° L'écartement qui survient entre le membre et l'appareil est ordinairement peu considérable; il se produit vers le milieu du traitement, alors que le travail de la consolidation est assez avancé pour que les bouts des fragmens trouvent dans la substance même du cal une puissance qui les maintienne en rapport. Si l'appareil a été posé sur un membre dont le gonflement était considérable, comme dans un des cas rapportés dans ce Mémoire, et que la résolution ait été assez prompte pour qu'au bout de peu de jours il se soit formé un intervalle marqué entre le bandage et le membre fracturé, on remédiera aisément à l'inconvénient qui en résulte, en resserrant les liens extérieurs. On pourrait penser que la dureté des pièces d'appareil oppose un obstacle insurmontable à l'action circulaire des liens. Mais l'on observe ici la même chose que dans les tuyaux cylindriques à parois dépressibles. Une pression peu considérable agissant perpendiculairement à leur axe, suffit pour aplatir et déformer les parois, tandis que ces tubes sont en état de supporter, sans en être altérés, une pression beaucoup plus forte dirigée parallèlement à leur longueur.

Cette discussion nous porte à conclure que, dans les cas simples au moins, l'appareil inamovible réunit toutes les qualités requises pour favoriser la formation régulière du cal. Et en effet, sur vingt fractures siégeant à la jambe, à la cuisse, à l'avant-bras et au bras, qui se trouvaient dans ces conditions, ou qui n'étaient compliquées que d'un gonflement médiocre, dix-sept guérirent sans difformité; et des trois autres, l'une (*obs.* 13) resta dans l'appareil sans se consolider, sans doute à cause de l'âge avancé du malade et de sa mauvaise constitution; l'autre (*obs.* 10), se consolida avec un peu de difformité dans la direction de la jambe; j'en parlerai plus loin. La troisième enfin (*obs* 16),

qui occupait le fémur chez un enfant très-indocile, se guérit avec un léger raccourcissement.

Cependant, parmi les observations rapportées dans la première partie de ce mémoire, nous en trouvons plusieurs où la guérison n'a pas été parfaite, d'autres où des accidens graves se sont développés pendant que le membre fracturé était renfermé dans l'appareil inamovible ; recherchons maintenant si le bandage a concouru ou non à la production de ces phénomènes.

1°. L'érysipèle qui s'est développé chez le malade de l'observation 8, doit être attribué à une influence générale, laquelle a de même provoqué la formation des abcès dans les parties molles et les articulations du membre fracturé, dans la fosse iliaque du même côté et dans l'articulation du genou du côté opposé. Ce malade s'était livré à de nombreux écarts de régime, qu'il répéta plusieurs fois depuis l'invasion des premiers accidens. Il serait cependant possible que, chez un individu mal disposé, un bandage dur et inflexible, adhérant à la peau, surtout dans les points où le système pileux est développé, et continué sans relâche pendant plus d'un mois, devînt la cause occasionnelle de phlegmasies erythémateuses ; mais cette complication doit être bien rare, et dans tous les cas l'excitation cutanée qui en résulte n'offre aucune gravité.

L'examen du femur fracturé a montré un travail très-régulier de consolidation. Il y avait, il est vrai, un pouce et demi de raccourcissement; mais la fracture était oblique et comminutive, et l'appareil fut levé prématurément. Néanmoins, si je prétendais que l'appareil inamovible met dans tous les cas à l'abri de raccourcissement, je trouverais dans l'observation 16 un démenti à cette proposition. Chez ce dernier malade, les contractions musculaires ont, en dépit du bandage et avant même qu'il fût solidifié, produit un raccourcissement de plusieurs lignes, et le membre est resté plus court que celui du côté opposé.

2°. La consolidation s'est faite d'une manière un peu difforme chez la malade de l'observation 10. Cet accident m'a paru résulter d'une faute dans l'application d'une des pièces du bandage ; il pouvait être évité. Il n'en faut pas moins convenir que c'est un inconvénient de cet appareil, puisqu'avec un autre le chirurgien se serait apperçu au premier pansement de la position vicieuse du pied, et y aurait porté remède. Notons cependant que, si une difformité peu considérable passe inapperçue dans l'appareil, une plus grande devient appréciable, et que l'on peut alors lever l'appareil inamovible pour la corriger. C'est ce qui eut lieu dans la 12me observation : aussi l'appareil fût-il levé deux fois de suite. Le contact de l'urine avec les pièces d'appareil a dans ce cas empêché leur consolidation ; on peut regarder cette circonstance, quand elle ne peut être évitée, comme un empêchement à l'emploi de l'appareil inamovible.

3°. Dans la 24me observation, les accidens tétaniques qui survinrent ont-ils été occasionnés par le traitement ? Je ne le pense pas. Rien en effet ne peut démontrer un rapport de cause à effet entre ces deux choses. Toutes les parties molles superficielles et profondes de la cuisse étaient saines quand l'appareil a été enlevé. La plaie était en bon état : point de compression douloureuse, point de difformité du membre. C'est à la nature de l'accident et à l'influence atmosphérique qu'il faut attribuer le tétanos. Ce qui prouve que l'appareil n'a pas eu d'influence sur le développement de cette terrible complication, et que le tétanos a été le résultat d'une influence atmosphérique, c'est qu'à la même époque M. le docteur Dangla perdait dans le faubourg Saint-Antoine, un malade du tétanos survenu à la suite d'une piqûre du pied ; c'est que, huit jours après, un homme affecté de plaie contuse de la jambe, succomba au même mal dans mon service à l'hôpital Saint-Antoine ; c'est que dans le même temps M. Guerard avait dans ses salles un garçon affecté d'un trismus spontané.

4°. Chez deux malades, la pression plus grande du bandage sur une partie très-circonscrite du membre a été suivie d'une ulcération superficielle. Cet accident est si léger que, même fût-il plus fréquent, il ne constituerait qu'un petit inconvénient de l'appareil inamovible.

Ce serait maintenant le lieu de rechercher quels avantages ou quels inconvéniens résultent de l'emploi de l'appareil inamovible dans les cas de fracture compliquée; mais ne pouvant étayer cette discussion sur un nombre de faits assez considérable, je suis forcé de renvoyer le lecteur à l'excellente thèse de M. Larrey fils, dans laquelle ce sujet est traité d'une manière fort complète, et à la savante analyse qui a été faite de cette thèse dans la *Gazette Médicale de Paris*. 1832; tom. 3, p. 570 et 591. Néanmoins, je mentionnerai ici les succès que j'ai obtenus par l'appareil inamovible dans les cas de fractures compliquées de gonflement considérable (observations 3 et 25), de contusion violente avec ou sans phlyctènes (obs. 6 et 11), de plaie communiquant avec le foyer de la fracture (obs. 9).

A quelle époque convient-il d'appliquer l'appareil inamovible ? Je pense que le plus souvent il n'y a aucun inconvénient à le placer à une époque aussi rapprochée que possible du moment où l'os a été fracturé. On peut objecter cependant que cet appareil inextensible deviendra trop étroit lorsque l'irritation causée par la fracture aura sollicité un abord plus considérable du sang et le gonflement de la partie. A cela je pourrais répondre par les faits, qui nous ont appris que les craintes de la gangrène étaient chimériques; mais il convient ici de rechercher s'il existe quelque motif rationnel pour suivre la conduite que je propose.

Lorsqu'un bandage ordinaire est trop serré au niveau de l'os fracturé, et que l'extrémité du membre est lâchement comprimée par l'appareil, ou, ce qui est bien plus fâcheux, lorsque cette partie est dénuée de toute compression, on ne tarde pas à voir survenir un gonflement de plus en plus

considérable au-dessous du lieu comprimé. Plus le gonflement est considérable, plus la constriction exercée au niveau de la fracture est forte, d'où résulte une tendance plus grande encore à la tuméfaction des parties; on conçoit dès-lors comment, par suite de ce cercle vicieux, la gangrène s'empare du membre, à moins que l'on n'enlève à temps le bandage qui cause l'étranglement. Les phénomènes qui se passent alors ont la plus grande analogie avec ceux qu'on observe dans les hernies étranglées; et dans l'un comme dans l'autre cas, la mortification commence aussi fréquemment, sinon plus, dans les parties situées au-delà du lieu où la constriction est exercée, que dans ce lieu même. En d'autres termes, c'est l'anse intestinale renfermée dans le sac et non la portion qui répond à son collet; c'est l'extrémité du membre, et non la section atteinte de fracture, qui, dans le plus grand nombre des cas, peut-être, éprouve les premières atteintes de la gangrène. Pareil phénomène s'observe lorsqu'un lien circulaire, un anneau métallique autour du doigt, par exemple, s'oppose au retour du sang veineux, celui-ci se gonfle de plus en plus, et la gangrène est la terminaison presqu'inévitable de cette constriction. Or, dans tous ces cas, les parties qui s'engorgent, qui se tuméfient outre-mesure, qui meurent enfin, sont exemptes de compression. N'est-il pas probable qu'une pression circulaire, uniforme, étendue jusqu'à l'extrémité du membre, s'opposerait à l'engorgement des parties et préviendrait tous les accidens? On sait avec quelle efficacité le bandage dit de Théden agit pour favoriser la résorption des fluides infiltrés. Sous son influence les parties solides sont elles-mêmes en partie absorbées, et l'on peut, au bout de quelque temps, rendre un membre comme atrophié, sans avoir à redouter la gangrène des parties comprimées. Telle sera l'action de l'appareil inamovible; car c'est un précepte indispensable à suivre que de soumettre tout le membre à la pression exacte et uniforme du bandage, depuis

le lieu de la fracture jusqu'à son extrémité ; dès-lors cesse *l'étranglement* et disparaît toute cause de gangrène.

Mais, dira-t-on, l'irritation qui résulte d'une fracture devant entraîner un afflux plus considérable d'humeurs dans la partie malade, et cet afflux ne pouvant se faire à cause de l'inextensibilité et de l'inamovibilité de l'appareil, la gangrène doit être le résultat d'une pareille disposition, et l'on pourra donner pour exemple ce qui se passe dans les inflammations furonculeuses, où l'on attribue la mortification du tissu cellulaire à l'étranglement que la trame solide du derme et les brides fibreuses qui se portent de la face profonde aux tissus sous-jacens, font éprouver aux vaisseaux et aux masses adipeuses renfermés dans leur épaisseur. Mais déjà je ne puis admettre la valeur de cette comparaison. Pour moi, ce n'est pas l'étranglement, mais la spécificité de l'inflammation qui, dans le furoncle, comme dans l'érysipèle phlegmoneux, cause la mortification des parties malades. En effet, ne voit-on pas le furoncle se présenter dans des parties où les circonstances de tissu propres à l'étranglement n'existent pas ; et, d'autre part, n'observe-t-on pas tous les jours des inflammations ordinaires de la paume des mains, de la plante des pieds, des doigts, du dos, qui se terminent, lorsqu'elles sont violentes, non par la gangrène, mais par la suppuration, alors que la structure de ces parties était aussi favorable que possible à l'étranglement ?

D'ailleurs, si l'obstacle à la tuméfaction était une cause de gangrène, cet accident devrait être la terminaison fréquente des inflammations profondes des membres. N'y a-t-il pas des aponévroses d'enveloppe générales avec des gaines partielles aussi inextensibles que les pièces de l'appareil inamovible. L'irritation la plus vive atteint les organes qu'elles contiennent, et sollicite un afflux considérable des humeurs ; cependant les aponévroses résistent, le gonflement qui survient est peu considérable ; et la maladie

parcourant ses périodes , l'inflammation peut être assez violente pour provoquer la sécrétion du pus , et la formation de vastes et profonds abcès. D'après cela on comprend comment le bandage peut empêcher le développement de la tuméfaction qui accompagne une fracture abandonnée à elle même , sans cependant causer ni étranglement ni gangrène.

De tous les accidens qui peuvent compliquer une fracture, un seul me paraît devoir entraîner, dans l'application du bandage , un retard de quelques jours. Je veux parler d'un gonflement excessif. Alors , en effet , outre l'écartement par trop considérable qui surviendrait entre l'appareil et le membre lors de la résolution de l'engorgement, le chirurgien a encore à redouter de ne pouvoir juger de l'exactitude de la réduction de la fracture et de la coaptation des fragmens au moment où il pose l'appareil sur un membre que la tuméfaction a rendu difforme.

Quant aux autres complications , elles peuvent réclamer quelque opération préalable, telle que l'ouverture d'un foyer sanguin trop considérable, la ligature d'un vaisseau dans le lieu de sa blessure ou plus près du tronc, le débridement de la fracture , l'enlèvement des esquilles , le pansement de la plaie , etc. Mais aussitôt après avoir satisfait à ces indications pressantes , le chirurgien placera le membre dans l'appareil sans inconvénient , et l'y laissera séjourner jusqu'à l'époque présumée de la guérison.

Avantages de l'appareil inamovible. — L'appareil inamovible présente plusieurs avantages que l'on ne rencontre pas dans la plupart des autres méthodes de traitement des fractures. Cet appareil est composé d'élémens extrêmement simples et que l'on trouve partout sous la main ; du linge, de la paille , des œufs , de l'eau-de-vie camphrée, de l'eau blanche. Le mode d'arrangement de ces parties pour les rendre propres à être employées est on ne peut plus facile; leur application sur le membre fracturé n'est pas plus com-

pliquée que celle des pièces du bandage ordinaire. Une fois en place il n'est plus besoin de s'en occuper, d'où une économie de temps considérable (j'ai fait ressortir ailleurs les avantages qui résultaient de cette inamovibilité du bandage pour la consolidation de la fracture). Lorsque la fracture occupe la jambe, et c'est peut-être ce qui a lieu le plus fréquemment, le malade n'est pas condamné à rester au lit pendant la durée du traitement : il peut, dès le troisième jour, se lever, se promener à l'aide de béquilles et vaquer ainsi à ses occupations ; cette liberté dont jouit le malade est d'un avantage immense, et ne se rencontre qu'avec l'appareil que je décris.

Quel que soit le membre blessé, que la fracture soit simple ou compliquée, le malade peut entreprendre en voiture un voyage de long cours. Si l'on craint que les secousses soient trop violentes à cause des mauvais chemins, ou de l'absence de ressorts de la voiture, rien n'empêchera de combiner l'appareil inamovible avec la suspension de M. Sauter. Des personnes qui avaient des fractures par arme à feu des membres inférieurs, traitées par M. Larrey, à l'aide de son appareil, sont revenues en France du fond de la Russie, et lorsqu'au bout du temps convenable, le bandage a été enlevé, les plaies et la fracture se sont trouvées parfaitement guéries !

Coup-d'œil sur l'historique de l'appareil inamovible. — L'époque à laquelle on a commencé à se servir de l'appareil inamovible dans le traitement des fractures, le nom de l'inventeur d'une pareille méthode sont également ignorés. Cette méthode thérapeutique remonte à une haute antiquité ; elle a été usitée par les Arabes. Les Grecs, au dire de Pouqueville, se servent d'une espèce de mastic pour maintenir la fracture immobile. Cette immobilité est obtenue au Brésil avec des roseaux élastiques qu'on laisse en place jusqu'à la consolidation de la fracture ; Assalini, en Italie, use de carton mouillé : M. Amédée Jaubert a appris

à M. Larrey fils, auquel j'emprunte cette notice historique, que les chirurgiens persans ne changent presque jamais les appareils des fractures.

Il parait que cette pratique est usitée en Espagne depuis un temps reculé et que non seulement elle est appliquée aux fractures, mais encore au plus grand nombre de solutions de continuité des parties molles. Il est probable que les Espagnols apprirent ce traitement des Maures sous la domination desquels ils vécurent si long-temps. Un pareil traitement était encore en usage en Egypte vers la fin du siècle dernier. Si les chirurgiens de l'Europe eurent connaissance de cette méthode, ils négligèrent d'en parler dans leurs ouvrages. Cependant on trouve dans le Traité de Belloste, ayant pour titre : *Le Chirurgien d'hôpital*, Paris, 1696. p. 330, une observation de fracture qui fut traitée par un appareil ayant beaucoup de ressemblance avec l'appareil inamovible. « Un soldat du régiment de Condé, nommé la Tulipe, fut conduit dans ce lieu avec une fracture accompagnée de fracas au fémur droit, à peu-près en sa partie moyenne ;..... Aussitôt qu'il eût été entre mes mains, je fis une extension vigoureuse, je réduisis la fracture et j'appliquai *un linge trempé dans l'œuf entier, battu avec un peu d'huile rosat et une petite quantité de bon vinaigre;* je mis par-dessus quelques compresses, trois ou quatre bandes assez longues, quelques attelles de carton, le tout posé dans une goutière pareillement de carton, et par dessus tout cela les fanons et tout ce qui les accompagne..... *Il resta ainsi sans toucher à son appareil, l'espace de vingt jours entiers.* etc. » Mais le premier ouvrage dans lequel on trouve une description raisonnée de cet appareil est un mémoire de Moscati, inséré dans le tome IV des Mémoires de l'Académie de chirurgie. Il ne paraît pas d'ailleurs que l'auteur eût connaissance de quelque chose de semblable. Voici comment il s'exprime : « Je proposai un moyen que j'avais médité depuis long-temps et qui devait

consister à *mettre la partie dans une espèce de moule fabriqué sur elle-même*, en construisant, si j'ose m'exprimer ainsi, une boëte qui embrassât l'humérus, et qui s'étendît sur la clavicule et sur l'omoplate, afin d'assujettir tellement la partie qu'elle ne pût faire aucun mouvement, jusqu'à la parfaite consolidation des pièces désunies.... Je fis en outre battre beaucoup de blancs d'œuf, pour y tremper quelques-unes des pièces de cet appareil. » (P. 619, édit. in-4.°). Mais malgré quelques observations de guérison parfaite que Moscati joignit à la description de son appareil, les chirurgiens s'arrêtèrent aux objections théoriques que j'ai reproduites dans ce Mémoire, et il ne firent pas à la fracture du corps des os longs l'application de ce bandage que Moscati avait conseillé contre la fracture du col de l'humérus.

M. Larrey doit être considéré, sinon comme le créateur de cette méthode, du moins comme son premier et principal propagateur parmi les chirurgiens modernes.

M. Larrey l'a mise en pratique soit dans ses nombreuses campagnes, soit à l'hôpital militaire du Gros-Caillou; beaucoup de médecins ses élèves, témoins des brillans résultats obtenus par cette méthode, l'ont adoptée et suivie jusqu'à ce jour; enfin l'auteur expérimenté de la Clinique chirurgicale des hôpitaux militaires, en décrivant dans cet ouvrage l'appareil inamovible, (T. 3 p. 425 et suiv.) lui a définitivement fait prendre rang dans la science.

Depuis ce travail, qui a paru en 1830, quelques écrits ont été publiés sur le même sujet. M. Robert, dans une thèse soutenue à Paris le 4 janvier 1830, a décrit l'appareil pour les fractures de jambe; M. Meynier, en 1832, a, dans la *Gazette médicale* de Paris p. 61 et 95, donné des observations et quelques réflexions sur l'emploi de cette méthode. M. Larrey fils, dans une excellente thèse soutenue à Paris le 16 août 1832, a traité ce sujet de la manière la plus complète. Une analyse fort judicieuse de cette thèse a été

faite dans la *Gazette médicale*, année 1832 p. 570 et 591. Cependant plusieurs objections que cette analyse renferme m'ont paru reposer sur des vues plus théoriques que pratiques; telles sont quelques-unes de celles dirigées contre l'application immédiate de l'appareil; je crois y avoir répondu d'une manière satisfaisante dans ce mémoire.

De nos jours, l'appareil qui présente le plus d'analogie avec celui de M. Larrey, est l'appareil inamovible de Diffenbach. Il se compose d'un moule de plâtre que l'on abandonne autour du membre fracturé jusqu'à l'époque de la guérison. Cet appareil n'environne que les quatre cinquièmes de la circonférence du membre. L'auteur trouve à cela l'avantage de pouvoir surveiller l'état des parties molles, de faire des applications topiques sur le lieu de la fracture, et enfin, dans les cas où une plaie existe, de permettre une issue au pus et le pansement régulier de la blessure; du reste l'auteur ne se sert de cette méthode de traitement que pour les fractures de jambe.

Les deux premiers avantages sont plutôt théoriques que pratiques; l'expérience a démontré que quand une fracture est bien réduite, le plus souvent il n'est plus besoin d'inspecter les parties, ni de les recouvrir d'aucune espèce de médicament: cependant comme des cas de gangrène ont été observés pendant l'emploi de l'appareil inamovible, comme il peut se former des abcès qu'il soit nécessaire d'ouvrir, il faut convenir que pour ces cas, excesivement rares d'ailleurs, l'appareil de Diffenbach n'ait sur l'autre un avantage incontestable. Quant à la facilité de pouvoir panser une plaie, il est évident, d'après les faits rapportés dans la thèse de M. Larrey, que cette pratique est moins utile que nuisible; il faut donc la retrancher du nombre des avantages qu'offre la méthode de Diffenbach. Si maintenant nous remarquons que cette méthode ne se peut employer que pour les fractures de jambe; qu'elle condamne le malade à séjourner dans son lit pendant toute la durée

du traitement, tandis que j'ai toujours fait lever et sans inconvénient mes malades affectés de fracture de jambe, que l'ablation de l'appareil est difficile à faire, et qu'elle n'est pas toujours exempte de danger à cause des secousses que l'on peut imprimer aux fragmens réunis par un cal encore tendre, nous serons en droit de conclure que cette méthode d'appareil inamovible le cède à celle employée par M. Larrey.

Conclusions. — Je résumerai dans les propositions suivantes les idées principales renfermées dans ce Mémoire.

1.° L'appareil inamovible convient au traitement des fractures soit simples, soit compliquées, des os des membres.

2.° Sauf le cas où un gonflement énorme s'est emparé du membre fracturé, on peut procéder à l'application de l'appareil à une époque aussi rapprochée que possible du moment de la fracture, immédiatement si la fracture est simple, après avoir satisfait à l'indication qui se présente, si elle est compliquée.

3.° Contention parfaite des fragmens, immobilité prolongée jusqu'à la guérison, solidité de l'appareil qui permet les déplacemens du malade, simplicité de sa composition, économie de temps pour le chirurgien : tels sont les principaux avantages qu'offre la méthode inamovible; quelques-uns de ces avantages deviennent immenses dans certaines complications des fractures, les plaies par exemple.

Mémoire sur l'angine couenneuse et son traitement; par M. Edouard Gendron, *docteur en médecine, membre titulaire de la Société médicale de Tours.*

« L'angine couenneuse, dit un médecin recommandable, est une maladie identique au croup et sa propre sœur (1). »

(1) Royer-Collard et Bricheteau, *Précis analytique du croup.*

Cette définition, qui caractérise assez bien les symptômes de la maladie ; la généralise cependant un peu trop à mon avis, et ne précise pas les diverses nuances des deux affections. Le mot croup, dans le sens qu'on y attache généralement depuis Home, indique plutôt une laryngo-trachéite ou trachéite-laryngienne avec ou sans production de fausses membranes (1) qu'une pharingite-laryngienne accompagnée presque toujours de pellicules. Certes, autant que possible, il faudrait abréger cette multitude de définitions qui embrouillent la science bien loin de l'éclairer ; mais encore, en ne voulant pas agrandir le cadre nosologique, faut-il ne pas devenir obscur. « *Brevis esse laboro, obscurus fio.* » Ceci ne s'applique pas à l'auteur du précis que je viens de citer : il est impossible de renfermer plus de choses judicieuses dans l'analyse des mémoires si nombreux publiés sur le croup et l'angine couenneuse. Si on trouve entre ces deux maladies de si grandes ressemblances, on ne doit les rapporter qu'à une époque avancée de la dernière ; en effet, l'angine-couenneuse que l'on appelle simple, où cependant des pseudo-membranes se remarquent sur les amygdales, peut être entravée dans sa marche par des moyens thérapeutiques, ou bien se borner d'elle-même au pharynx, et ne pas offrir alors, n'envahissant pas les autres parties du conduit aérien, les symptômes suffocatifs du croup. Aussi la plupart des auteurs ont-ils distingué du croup cette angine couenneuse simple qui se borne au pharynx, mais qui, lorsqu'elle envahit les conduits aériens, n'est autre que le croup. Il arrive aussi qu'un croup que l'on croit spontané n'est pourtant que consécutif à l'angine couenneuse ; le croup, chez les enfans à la mamelle, débute souvent, au rapport de M. Guersent, par une angine couenneuse pharyn-

(1) L'existence dans le larynx ou la trachée-artère d'un tube albumineux plus ou moins solide, n'est point indispensable pour constituer le croup et déterminer les symptômes suffocatifs. (*Précis analytique.*)

gienne. Chomel et Astruc ont observé la même progression dans les symptômes chez les enfans au-dessus de sept ans ; elle paraît constatée dans les cinq-sixièmes des cas de croup sporadique et dans tous les cas de croup épidémique. (Mémoire de M. Louis). Il faut cependant en exempter l'épidémie de Crémone observée par Ghisi, dont la relation a été traduite par M. Gendrin dans le *Journal général*, août 1828. Ce médecin, ainsi que M. Blaud, sont ceux qui ont le mieux établi la différence des symptômes de l'une et de l'autre affection, c'est-à-dire de l'angine couenneuse ou croup pharyngien et du croup laryngien. Peut-être le médecin de Beaucaire (*Nouvelle Bibliothèque médicale*, avril 1827) tout en faisant voir les rapports qui pouvaient exister entre l'angine couenneuse et ce qu'il appelle vrai croup (laryngo trachéite), s'est-il trop attaché à des différences qu'un œil exercé ne peut pas toujours apercevoir. J'ai cru dans un temps qu'il existait dans les symptômes des deux maladies des nuances essentielles et nombreuses ; mais de nouvelles observations m'ont au contraire fait remarquer la plus grande analogie entre ces deux affections, qui ne diffèrent que par l'étendue des pseudo-membranes.

L'angine maligne qui a régné épidémiquement pendant plusieurs années dans le département d'Indre-et-Loire, a été décrite par M. Bretonneau sous le nom de diphthérite, avec une précision remarquable. Quelque temps avant la publication de son Traité, la société de médecine de Tours désirant avoir quelques renseignemens sur les maux de gorge qui affligeaient plusieurs localités du département, invita ses correspondans à lui faire part du résultat de leurs observations : c'est alors que, vers la fin de 1825, je fis connaître quels avantages l'application topique du nitrate d'argent (pierre infernale) procurait dans l'angine couenneuse. Je puis me flatter d'avoir, en quelque sorte le premier, éveillé à cette occasion l'attention des médecins sur cette médication. J'étais surtout encouragé dans ces

essais par les succès que M. Bretonneau avait obtenus depuis plusieurs années de la cautérisation des membranes croupales par l'acide hydrochlorique; mais le nitrate d'argent me semblait un caustique préférable et dont les effets pouvaient être mieux gradués. On ne saurait donc publier trop de preuves de son efficacité dans une maladie aussi désastreuse que l'angine couenneuse. Des faits récens m'engagent à faire paraître quelques réflexions nouvelles sur cette affection; j'ai besoin cependant d'extraire quelques observations de mes précédens mémoires.

L'épidémie d'angines couenneuses qui régna dans le canton de Château-Regnault, a présenté cela de particulier, que dans cette ville le mal de gorge existait sans complication ou coïncidence de scarlatine, tandis que que dans des bourgs éloignés (un et deux myriamètres de distance) les deux maladies existaient simultanément sur beaucoup de personnes dans les trois premiers mois de son apparition.

Les divers symptômes observés durant son règne me font diviser cette épidémie en deux époques distinctes.

Première époque: l'angine couenneuse apparait dans les campagnes compliquée de scarlatine, elle sévit particulièrement sur les enfans.

Deuxième époque: elle frappe indistinctement les enfans et les adultes, mais plus particulièrement ces derniers, et l'exanthême devient plus rare.

A la première époque, chez les enfans on trouvait le pharynx injecté, les amygdales gonflées, la luette enflammée; quelques points blanchâtres semblables à de petits aphthes tapissaient la partie inférieure du pharynx, les amygdales et la luette; plus tard ces espèces d'aphthes prenaient de l'accroissement, et envahissaient sous la forme de pellicules blanches tout le pharynx. La bouche était remplie de viscosités, l'haleine devenait fétide, la déglutition impossible, et souvent les liquides revenaient par le nez; la muqueuse nasale secrétait continuellement des mucosités; la respira-

tion était gênée, sifflante, la voix était nasillarde ; anxiété chez les malades, besoin de changer souvent de place, d'aller à l'air libre comme pour respirer plus aisément ; la toux se développait, et bientôt les petits malades périssaient comme asphyxiés. Appelé quelquefois au début, j'ai pu sauver plusieurs enfans en entravant la marche rapide des symptômes, mais souvent aussi l'art était impuissant, bien que les secours eussent été administrés dans les premiers momens.

A la seconde époque de l'épidémie, celle dont je vais m'occuper plus spécialement dans ce Mémoire, l'angine se montra de préférence sur les adultes; chez quelques-uns j'observai les symptômes généraux suivans: frisson léger, fièvre plus ou moins forte, vomissemens. Mais chez tous indifféremment, les symptômes locaux étaient d'abord: gêne dans la déglutition et douleur au pharynx; cet organe, examiné de suite chez plusieurs personnes qui y rapportaient une grande douleur, n'a rien offert cependant à l'observation. Bientôt en moins de douze heures les symptômes s'aggravaient; alors, rougeur plus ou moins vive au pharynx, aux amygdales et au voile du palais, et développement de petites membranes blanches qui envahissaient successivement les amygdales, la luette et le pharynx. C'était souvent sur les tonsilles que ces fausses membranes prenaient naissance; puis elles s'étendaient de proche en proche, devenant noires dans certains endroits, et montrant cet aspect que l'on définit du nom de gangréneux. C'est sans doute cette forme que prend souvent l'angine couenneuse, qui lui a fait donner le nom d'angine gangréneuse; mais ce que l'on appelle de ce nom, dit l'auteur de la diphthérite, est une variété d'angine couenneuse qui commence dans l'arrière-bouche et s'étend aux voies aériennes avec un appareil de symptômes très-graves.

A une époque plus avancée de la maladie, l'haleine devenait fétide, la respiration de plus en plus difficile; quel-

ques malades conservaient la faculté d'avaler assez facilement, tandis que d'autres pouvaient à peine prendre quelque peu de liquide; plusieurs malades ont succombé, les uns avec les symptômes d'une asphyxie lente; les autres avec les symptômes d'une congestion cérébrale.

Obs. I.re — La domestique de M. Vallet, notaire à Château-Regnault, ressentit tout-à-coup, le 4 juin 1825, une douleur vive à la région du pharynx, comme elle revenait de son pays distant de quatre lieues de notre ville et d'une demi-lieue de *la Ferrière*, où régnait la diphthérite, et où presque tous ceux qui en étaient atteints mouraient. Elle fut effrayée et m'appela de suite : le pharynx était phlogosé, on y voyait çà et là de petits points blanchâtres, les amygdales étaient gonflées et comme ulcérées, il y avait rougeur érysipélateuse des tégumens cervicaux et gonflement des ganglions sous-maxillaires. (18 sangsues au cou, bain de pied sinapisé). Je retournai voir la malade une heure après; on me disait qu'elle étranglait; les symptômes en effet étaient devenus plus alarmans (les sangsues n'avaient pas été posées). Les petits points blanchâtres des amygdales et du pharynx avaient pris de l'extension; ces pellicules gagnaient le larynx et prenaient de distance en distance un aspect grisâtre : il y avait presqu'impossibilité de la déglutition, les amygdales étaient énormement gonflées, la malade était dans une grande anxiété. Je touchai alors avec le nitrate d'argent fondu (pierre infernale) tous les petits points blanchâtres pelliculaires et ceux qui avaient pris l'aspect grisâtre. L'expectoration de ces pseudo-membranes devint facile, la voix, qui était très-voilée, devint distincte, et la malade ne tarda pas à guérir.

Obs. II.e — Les époux Deslandes furent pris successivement, à huit jours d'intervalle, du mal de gorge. Appelé le 18 juin pour la femme, je la trouvai se plaignant d'une vive douleur au pharynx et de difficulté dans l'acte de la déglutition; le pharynx était rouge, les amygdales gonflées avec ex-

sudation couenneuse sur la tonsille gauche ; quelques petits points blanchâtres se remarquaient aussi sur les piliers du voile du palais. Après avoir pratiqué des scarifications sur les amygdales, ce qui procura un peu de soulagement, je promenai, deux heures plus tard, le nitrate d'argent sur tous les points blancs qui s'offrirent à mon investigation. L'expectoration et l'expuition devinrent abondantes, quelques pellicules se détachèrent. Une seconde cautérisation fut pratiquée le lendemain : la guérison ne se fit pas attendre.

Quelques jours après, le mari de cette femme me fit demander. Je trouvai les amyydales comme ulcérées, on voyait au pharynx de petites pellicules blanches que je cautérisai de suite avec le nitrate d'argent. Le lendemain on n'apercevait plus de membranes blanches, mais le pharynx et les amygdales étaient d'un rouge vif. Pensant qu'une plus grande irritation, en d'autres termes une inflammation plus franche, s'était développée à la suite de la cautérisation que j'avais pu faire trop profonde, je fis poser des sangsues au cou, ce qui procura du soulagement ; mais le gonflement des amygdales persistant, et la douleur du pharynx devenant presque aussi vive qu'au début, les membranes se reproduisant sur les tonsilles, je pratiquai sur ces dernières des scarifications. Enfin au bout de quelques jours les symptômes ne s'améliorant pas encore, je me décidai à cautériser selon la méthode du docteur Bretonneau, par l'acide hydrochlorique : le malade ne guérit qu'après plusieurs jours de l'emploi de ce nouveau caustique.

Obs. III.e — La femme de M. Pp.***, négociant à Château-Regnault, éprouvait depuis quelques jours de la douleur au pharynx avec difficulté de la déglutition, lorsque M. Dutrochet, qui veut bien donner ses soins à ses amis et aux pauvres, fut appelé ; il reconnut une angine couenneuse dont les caractères pernicieux lui étaient parfaitement connus et attestés aussi par les observations du docteur Bretonneau, qui lui avait fait part plusieurs fois du résultat de ses travaux.

Connaissant les tentatives heureuses que j'avais faites par le nitrate d'argent, et les succès que j'avais obtenus aussi maintefois par la méthode que Méad conseille, les scarifications (*Dictionn. des Sc. méd.*, art. *Angine*), M. Dutrochet me fit appeler en consultation. A ma visite, je trouvai les amygdales gonflées et couvertes, ainsi que le pharynx, de petits points blanchâtres. La déglutition était difficile, douloureuse ; l'haleine fétide, la parole changée ; la face semblait décomposée. L'anxiété de la malade était extrême ; nous eûmes lieu de nous applaudir d'avoir employé chez cette dame les scarifications sur les amygdales ; à chaque fois que je répétais cette opération, il y avait une amélioration bien sensible ; l'expectoration faisait détacher des membranes pelliculaires nombreuses. La malade fut guérie en peu de jours.

Obs. IV.e — Dans les premiers jours du mois de janvier 1826, je me transportai à Chenusson, petit bourg de notre canton, où régnait une épidémie d'angine couenneuse. Une douzaine de personnes avaient déjà succombé dans l'espace de dix jours : alors les habitans avaient pris le parti, dès qu'ils se sentaient attaqués du mal de gorge, de se faire transporter à l'hospice de Tours, où on leur donnait des soins éclairés et assidus. Le jour que j'arrivai dans ce petit bourg, six personnes en étaient parties le matin, même assez gravement malades. Je trouvai néanmoins, dans une ferme voisine, un jeune homme âgé de 20 ans, nommé Bodier, qui n'avait pu partir parce qu'on s'attendait à chaque instant à le voir mourir. J'observai chez lui tous les symptômes de la maladie qui régnait dans des localités plus voisines de Château-Regnault. Malgré l'état désespéré du malade, je n'hésitai pas à pratiquer des scarifications sur les amygdales ; il y eut un soulagement si manifeste après l'expectoration qui suivit l'opération, que le malade en conçut de grandes espérances de guérison. Plusieurs doses de calomel lui avaient été administrées par un chirurgien des envi-

rons, quoique les symptômes de la maladie ne fussent pas améliorés par ce médicament. J'ai conseillé néanmoins la cautérisation, ne voulant pas prendre sur moi la responsabilité d'un brusque changement de méthode, surtout dans l'état où se trouvait le malade.

Le frère et la sœur de ce jeune homme, l'un âgé de 24 ans et l'autre de 16, s'étant plaints tous les deux dans la nuit précédente de gêne et de douleur dans l'acte de la déglutition, j'examinai les organes présumés affectés. Je trouvai en effet les amygdales gonflées et tapissées de pellicules circonscrites par un cercle rougeâtre qui leur donnait l'apparence d'ulcères. Je fis la scarification des amygdales avec la même apparence de succès, c'est-à-dire, qu'il y eut chez ces malades un mieux être si prompt, que j'augurais bien de la guérison, pour peu que l'on ne s'écartât pas de la consultation que je donnai, de faire cautériser les membranes par le nitrate d'argent, et de ne pas attendre que les symptômes s'aggravassent. Le lendemain ces trois malades, soit réellement qu'il y eût amélioration dans leur état, soit qu'ils suivissent l'inspiration d'autrui, me firent dire qu'ils étaient guéris; puis, quelques jours plus tard, ils se firent successivement transporter à l'hospice de Tours; deux y moururent, et le troisième succomba à la suite d'une hémoptysie, étant de retour chez lui (1).

Obs. V.e — Vacher, âgé de 30 ans, demeurant à Ferrière, était depuis quelques jours affecté de l'angine couenneuse qui avait fait tant de mal dans ce pays deux ans auparavant. (V. *Traité de la diphthérite.*) Lorsque je fus

---

(1) En lisant la relation de ma visite à Chenusson (*Journal compl. du Dict. des Sc. médic.*), M. Bretonneau crut s'apercevoir que les individus désignés sous le nom de *Bayer* n'étaient autres que ceux qui s'étaient offerts à son observation sous le nom de *Bodier*; une explication eut lieu; il en résulta qu'en effet nous avions donné nos soins aux mêmes malades que j'avais perdus de vue, au moment où ils semblaient mieux et se disaient guéris.

appelé en consultation par M. Cador, chirurgien aux Hermites, je trouvai le malade couché dans son lit, la tête élevée, les traits décomposés; la langue était blanche, les amygdales volumineuses et recouvertes de pellicules grises lichénoïdes; inspiration bruyante, toux rare, haleine fétide, pouls dur. Le calomel avait été administré en assez grande quantité, sans que le malade éprouvât du mieux dans son état. Je scarifiai les amygdales, et il y eut un soulagement si instantané, que le moral du malade en fut relevé; l'expectoration devint plus facile, et il se détacha du pharynx et des amygdales des membranes pelliculaires très-épaisses; la déglutition fut moins difficile et la voix devint plus distincte. Cet homme étant d'une constitution pléthorique, je conseillai de poser vingt sangsues au cou, et de faire usage de cataplasmes et gargarismes émolliens, de renouveller les scarifications si les sangsues ne procuraient pas de mieux, ou d'en venir à l'application plus ou moins répétée du nitrate d'argent. Pendant ma visite, j'entendis tousser deux petits enfans, l'un âgé de trois à quatre ans, et l'autre de deux : la toux avait ce son particulier que l'on remarque dans le croup spontané. La mère de ces enfans me dit alors que déjà la veille ils s'étaient plaints du mal de gorge.

Les ayant soumis à mon observation, je trouvai les symptômes suivans : pharynx injecté, amygdales tuméfiées, recouvertes, ainsi que la luette, d'une membrane épaisse, consistante, semblable à du parchemin. Je touchai ces organes avec le nitrate d'argent; puis, pour favoriser l'expectoration et aider au détachement des membres pelliculaires, j'ordonnai un léger vomitif, et, si le cas l'exigeait plus tard, une nouvelle cautérisation par le nitrate d'argent. Ma prescription ne fut suivie ni pour le père ni pour les enfans. Ceux-ci périrent tous les deux au cinquième jour.

La mère, bientôt atteinte de la même affection, ne tarda pas à succomber, et le malheureux Vacher, dont la

convalescence paraissait assurée, ne survécut pas longtemps au spectacle douloureux de la perte de sa femme et de ses enfans.

Le frère et la sœur (belle-sœur), de ces infortunés, demeurant dans la commune de Saint-Laurent, à une lieue du bourg de la Ferrière, leur avaient rendu des soins assidus pendant leur maladie ; ils réclamèrent bientôt les secours de l'art. J'employai avec succès chez ces malades, les sangsues, les scarifications et l'application du nitrate d'argent. Trois enfans complétaient le ménage, tous les trois furent atteints de l'angine couenneuse ; un seul mourut.

VIe *Obs.* — Séran, cocher de M. le général Péron, âgé de 37 ans, demeurant bourg d'Authou, fut pris le 15 novembre 1831, d'une douleur au pharynx, et bientôt après de gêne dans la déglutition. Le lendemain, les symptômes s'aggravent. Le soir je suis appelé ; je trouve le malade très-inquiet et avec un peu de fièvre ; il y avait gonflement des ganglions sous-maxillaires ; la langue était sale, recouverte d'un mucus épais, blanchâtre. Les amygdales étaient tuméfiées et recouvertes de pellicules blanchâtres ; la luette était large, œdématiée, un peu plus rouge qu'à l'état normal, ainsi que le reste du pharynx. La voix était très-voilée, à peine entendait-on ce que voulait dire le malade ; l'haleine était fétide, la déglutition douloureuse, très-difficile. Je touchai les amygdales et la luette avec le nitrate d'argent ; il y eut de suite expectoration abondante et expuition de mucus glaireux ; la voix devint beaucoup plus nette, les paroles plus distinctes, et le malade fut si content de ce mieux rapide, que toute son anxiété disparut. Le lendemain, le pharynx et les amygdales n'offrirent plus les fausses membranes de la veille ; une légère ulcération se remarquait sur la luette qui n'était plus œdématiée, mais elle se dissipa au bout de quelques jours.

Dans le même temps le fils du malade, âgé de neuf mois, me fut présenté pour une dartre rongeante (*herpes exedens*)

s'étendant depuis la moitié de la face gauche vers l'angle de la mâchoire inférieure de ce côté; il y avait gonflement des ganglions sous-maxillaires. Ce gonflement et les cris continuels de l'enfant furent rapportés à la maladie externe; bientôt une petite toux se développa, les cris devinrent comme étouffés, l'enfant refusa le sein de sa mère, les liquides passèrent avec beaucoup de difficulté. Ces derniers symptômes me furent décrits par le père, qui alors était guéri de son angine, rapportant une partie de ces symptômes toujours à l'affection externe. Je ne m'arrêtai pas assez à l'idée de la complication du mal de gorge chez cet enfant; mais d'ailleurs n'étant point appelé pour voir l'enfant, mais seulement consulté sur ce qu'il y avait à faire, je ne pus indiquer des remèdes qu'approximativement, dans le but de diminuer l'irritation externe et de détourner celle qui pouvait arriver par contiguité aux organes internes. J'ordonnai une application de sangsues au cou; il y eut du mieux pendant quelques heures, mais le surlendemain l'enfant mourut après plusieurs accès de suffocation.

Obs. VII.e — Lemègre, Marie, âgée de trois ans, fut prise, le 19 novembre, de douleur au pharynx et de toux. Ses parens croyant leur enfant attaqué d'un simple rhume, n'appelèrent un médecin que lorsque les symptômes devinrent plus graves. Arrivé au troisième jour, M. Boucher, mon beau-père, put constater une toux rauque, une respiration sifflante et râlante: des concrétions pseudo-membraneuses se remarquaient au pharynx, aux amygdales, et probablement envahissaient le larynx. On fit une application de sangsues, on employa les dérivatifs: l'enfant succomba le lendemain.

Obs. VIII.e —Le 21 du même mois, novembre 1831. Desirée Lefêvre, âgée de 8 ans, se plaignit au soir d'un léger frisson et *d'un mal dans la bouche*, c'est son expression; le 21, fièvre et rhume; le 23, elle fut soumise à l'observation du

médecin que je viens de citer. Celui-ci reconnut l'existence de pellicules grisâtres au pharynx, qui offrait dans d'autres points une rougeur assez vive; les amygdales étaient tuméfiées. Douze sangsues furent apposées au cou, le sang coula en abondance. Le soir il y eut expectoration de petites pellicules. Deux jours après je revis la malade, il n'y avait qu'un léger gonflement des amygdales.

Obs. IX.e — Le 29 novembre, Pelet (Anatole) pousse des cris désordonnés que le sein de la mère n'appaise pas; la nuit fut très-agitée; quoique les cris n'offrissent aucun signe particulier, le père de l'enfant s'avisa de regarder au fond de la gorge au moment où celui-ci poussait des cris; deux tâches blanches sur l'une et l'autre amygdales furent aperçues; aussitôt je fus appelé et je vis deux pellicules blanchâtres limitées par une sorte de liséré d'un rouge vif. Je maintins la bouche ouverte avec le manche d'une cuiller, et je touchai rapidement et à plusieurs reprises les pseudo-membranes des amygdales; les efforts de résistance de l'enfant et les haut-le-corps qui suivirent la cautérisation, provoquèrent la sortie de quelques glaires mêlées de petites pellicules. Quelques heures après, l'enfant n'eut plus de répugnance pour le sein de la mère; la déglutition devint plus facile; dès lors la maladie fut comme enrayée.

Obs. X.e — Le 2 janvier 1832, le docteur Faton de Montoire fut invité à examiner la gorge d'un enfant de M. Cheminais, garde du château du Fresne situé à trois quarts de lieue d'Anthon : depuis la veille cet enfant, âgé de 27 mois, était affecté d'une petite toux et de difficulté dans la déglutition. Notre estimable confrère reconnut une angine couenneuse caractérisée par de petites pseudo-membranes blanchâtres qui recouvraient les amygdales : il conseilla l'application d'une eau alumineuse sur les organes malades; pendant quelques jours les symptômes furent comme suspendus. Dans le même temps, le fils de M. le comte de L***, âgé de de vingt-deux mois, habitant le corps

principal du château, était tourmenté d'une petite toux que l'on rapportait à la dentition. Cette petite toux augmentant avec une légère difficulté dans la déglutition le 6 janvier, l'attention des parens s'éveilla; cependant ce ne fut que le 7 que le petit malade fut soumis à l'observation du médecin de Montoire; il ne fut pas permis à ce docteur d'examiner rigoureusement la gorge de l'enfant, qui se débattait en poussant des cris. Soupçonnant une angine couenneuse dont la marche rapide allait bientôt présenter les symptômes du croup, notre confrère ne dissimula pas les craintes qu'il avait, tout en n'osant pas insister assez sur la cautérisation par le nitrate d'argent, dont l'opportunité ne paraissait pas assez évidente aux parens. Le lendemain les symptômes se dessinèrent d'une manière si effrayante, que le docteur Faton fit appeler M. Bretonneau de Tours. Ce médecin, ne pouvant se rendre de suite aux désirs de son confrère, envoya un de ses anciens élèves, M. Jacquart, qui fit la cautérisation des parties malades avec le nitrate d'argent, bien qu'au degré où était parvenu la maladie, on attendît peu de succès de cette médication. Enfin le 9 janvier dans la nuit, la trachéotomie fut pratiquée par M. Bretonneau; le 10, l'enfant fut mieux toute la journée, il jouait sur son lit; mais le 11 dans la matinée, l'enfant mourut. Je ne rapporte ici en extrait cette observation qui appartient au docteur Bretonneau, que pour constater d'une manière frappante la marche pour ainsi dire insidieuse de l'angine couenneuse et le danger de rester spectateur oisif des premiers symptômes.

Le 11 janvier, l'enfant Cheminais dont j'ai parlé plus haut fut examiné par M. Jacquart; les symptômes se présentèrent à cet observateur attentif, tellement graves, qu'il ne dissimula pas le danger que courait l'enfant; après avoir cautérisé avec le nitrate d'argent les amygdales sur lesquelles on remarquait de fausses membranes, il insista pour qu'un médecin visitât fréquemment cet enfant après son dé-

part. Appelé le 12 au matin, je trouvai le petit malade déjà levé et jouant dans la chambre ; il y avait une petite toux, rare dans la journée, mais plus fréquente la nuit: la respiration pendant le sommeil était bruyante, sifflante, selon les informations prises auprès des parens et de la garde malade. Les amygdales étaient développées, et sur les deux on remarquait une tache blanche qui déjà gagnait le larynx, celle du côté droit était plus large, plus étendue. Je cautérisai de suite les fausses membranes avec la pierre infernale: ne pouvant atteindre assez profondément avec l'éponge imbibée de solution, je me servis d'un porte-crayon auquel j'adaptai un morceau de nitrate d'argent. Je conseillai en outre l'insufflation de la poudre d'alun, ce que les parens pratiquèrent eux-mêmes plusieurs fois dans la journée avec assez de dextérité.

Une petite fille nommée Joséphine, âgée de quatre ans, sœur de ce dernier, était enrhumée, me disait-on. Me défiant dans de pareilles circonstances de ce qu'on appelait *rhume*, je demandai à examiner l'enfant dont la toux, rare dans la journée, devenait plus fréquente le soir, et dont la respiration la nuit était aussi bruyante et sifflante que chez son frère. Ayant fait ouvrir la bouche de la petite malade, je pus constater d'une manière évidente deux taches blanchâtres sur les amygdales et s'étendant sur les piliers du voile du palais. La cautérisation par le nitrate d'argent fut aussitôt pratiquée. J'éprouvai de la part des deux enfans beaucoup de résistance, mais avec un peu de patience et profitant des cris pour maintenir la langue avec le manche d'une cuiller, j'ai pu atteindre mon but assez facilement. La cautérisation fut renouvelée par moi le lendemain sur les deux enfans; je fis suspendre l'alun, et quelques jours après la guérison fut bien établie et sans autres curatifs que ceux que nous venons d'indiquer, quelques boissons émollientes et un régime ordinaire.

La nature spéciale de l'angine couenneuse est très-difficile à déterminer: l'on ne doit donc pas être étonné de la divergence des opinions de ceux qui l'ont observée; sa facilité à revêtir plusieurs formes dans sa marche, ou plutôt le changement brusque des symptômes a dû contribuer à multiplier les définitions qu'on a données de cette affection. Quant à moi, si j'étudie les observations que je viens de citer et nombre d'autres faits que j'ai été à même de recueillir, je vois d'abord au début les caractères ordinaires de l'inflammation, douleur plus ou moins vive et chaleur des parties malades; puis rougeur et tumeur des amygdales, siége principal de la maladie, ou du moins presque constamment son point de départ. Quelques médecins, entr'autres M. Blaud, ne reconnaissent pas une nature essentiellement inflammatoire à l'angine couenneuse; l'auteur du *Traité de la diphthérite* regarde cette angine, « comme une maladie particulière, *sui generis*, aussi différente d'une phlogose catharrhale que la pustule maligue l'est du zona, plus distincte de l'angine scarlatineuse que la scarlatine elle-même ne l'est de la petite vérole. » M. Louis, dans son Mémoire sur le croup des adultes, paraît admettre une essence inflammatoire, et je partage son opinion.

Royer-Collard a reconnu dans le croup trois périodes distinctes; je trouve que dans l'angine couenneuse, elles sont aussi bien établies: première époque, inflammation; deuxième époque, formation des membranes pelliculaires; troisième époque, envahissement de ces membranes dans le larynx et la trachée. Cette troisième époque n'existe pas dans l'angine couenneuse simple qui s'est bornée au pharynx, ou bien elle est souvent prévenue par les agens thérapeutiques, surtout par le nitrate d'argent.

Les symptômes en apparence peu graves des premières époques ne permettent pas toujours à ceux qui entourent le malade de reconnaître la nature et le danger de l'affection, et le médecin n'est souvent appelé que lorsque déjà

les fausses membranes ont envahi le larynx. La marche de la maladie est donc insidieuse ; on la voit se développer dans les constitutions catarrhales, prendre les caractères d'un rhume, et puis tout-à-coup offrir les symptômes suffocatifs du croup ; le plus souvent ce n'est que lorsqu'elle a fait plus d'une victime, que l'attention se réveille, et qu'on reconnaît le danger. On ne saurait donc trop se méfier de ces légers catarrhes, soit qu'ils commencent par un coryza, soit qu'ils se manifestent par une légère douleur à la gorge et un peu de difficulté dans la déglutition, et encore ce dernier symptôme manque-t-il souvent. Qui pourrait, d'après des symptômes si peu caractéristiques au début, préciser l'époque et la durée d'une pareille maladie, dont les symptômes présentent encore des instans de rémission ? En effet, on a vu quelquefois des accidens effrayans se développer la nuit et disparaître le jour. Malgré cette rémission la fausse membrane continuait à s'étendre, à moins que par quelque moyen thérapeutique on ne s'opposât à son développement. J'ai vu sur des malades auxquels j'avais scarifié ou cautérisé les amygdales, les premiers symptômes être tellement suspendus, qu'on pouvait croire à une guérison prompte, et plus tard ils ont offert les caractères de la troisième période, c'est-à-dire, du croup laryngé. (*Epidémie de Chenusson.*)

N'a-t-on pas vu aussi des angines modifiées tellement par d'autres maladies, quitter en partie ou en totalité leurs caractères primitifs, puis les reprendre ensuite avec un nouveau degré d'intensité ? Telle est entre autres l'observation première de M. Louis. (*Mémoire sur le croup*, Archives générales, janvier 1824.)

La scarlatine qui vient compliquer une angine couenneuse ne jouit-elle pas de la faculté de modifier et de conserver à celle-ci les caractères prononcés d'une nature plus franchement inflammatoire ? Dans une même famille composée de plusieurs individus malades, les uns auront une

angine couenneuse sans complication d'éruption; les autres présenteront avec leur angine un exanthême, la scarlatine? ce ne sera pas une raison, à mon avis, pour établir une différence essentielle dans la nature des deux affections. N'est-il pas remarquable que très-souvent les épidémies d'angine couenneuse se montrent accompagnées de la scarlatine? On aura beau dire que c'est une coïncidence qui dépend de la constitution régnante, cela ne pourra pas résoudre la question de savoir quelle est des deux affections celle qui doit être regardée comme symptomatique? L'illustre Pinel a long-temps regardé la scarlatine comme symptomatique et concomitante d'une inflammation de la gorge; ce n'était, suivant lui, qu'un épiphénomène de l'angine. Depuis il a modifié cette opinion, parce qu'elle était sans doute trop exclusive. Admettons seulement dans l'angine couenneuse une complication de la scarlatine, et l'on ne sera pas étonné que dans des épidémies de cette première maladie, des médecins regardent l'exanthême comme un symptôme concomitant. J'aurais pu faire connaître ici les observations où les deux maladies se sont montrées à moi spontanément. Les ayant déjà publiées, je ne fais que les indiquer, n'ayant voulu m'occuper dans ce travail que de l'angine couenneuse dégagée de toute complication. (*Journal compl. des Sciences méd.*, février 1826 et mai 1828.)

La plupart des médecins qui ont observé des épidémies d'angines couenneuses, ont reconnu qu'elles se propageaient par contagion. Le nommé Vacher, demeurant à une lieue de la Ferrière, fut donner des soins à son frère atteint d'angine croupale. De retour chez lui, il communique la maladie à toutes les personnes de la maison. (*Voy.* l'obs. 5.e) C'est un fait à ajouter à ceux qui ont été recueillis par MM. Bretonneau, Bourgeois, Kergaradec, Arsène Gendron, et autres médecins recommandables.

Traitement. — Quelques praticiens distingués se sont

trop hâtés, ce me semble, de proscrire entièrement le régime antiphlogistique. Dans la maladie qui nous occupe, ils n'ont pas tenu compte assez des premiers symptômes. Il est vrai que l'homme de l'art n'est pas toujours à même de les observer, puisque c'est déjà lorsque la maladie a fait de rapides progrès, qu'il est le plus souvent appelé.

Le résultat de mes observations m'a fait adopter la méthode suivante : si je suis demandé dès les premiers instans, souvent je fais appliquer des sangsues au cou, lors même que l'on aperçoit de petites fausses membranes sur les amygdales, pourvu qu'elles ne soient pas formées depuis long-temps. Cette méthode a quelquefois prévenu la gravité des symptômes, comme on le voit dans l'observation huitième; mais si les pseudo-membranes existent depuis quelques jours, reconnaissant alors l'inutilité des sangsues à cette seconde période, je fais l'application du nitrate d'argent sur les parties malades; je ne connais pas de moyen plus efficace: la cautérisation par les acides offre quelques inconvéniens, et l'on doit être très-réservé dans son emploi; elle n'a pas le degré d'efficacité du nitrate d'argent. Cependant on a pu constater l'utilité de ces caustiques acides, comme on peut s'en assurer par l'observation deuxième. Ce qui m'affermit encore dans la résolution de l'emploi du nitrate d'argent, c'est le fréquent usage que j'en ai vu faire dans les maux de gorge syphilitiques, à l'hôpital Saint-Louis, lorsque j'étais attaché à cet établissement dans le service de M. le professeur Alibert, en 1817.

Dans le même temps que je faisais l'application de cette méthode pour combattre les angines couenneuses en 1825, les D.rs Mackensie, Stephen Brown et Lewis Balden, constataient son efficacité dans la *pharyngite et laryngo-trachéite couenneuse terminée en croup ;* j'ai vérifié plus d'une fois un phénomène causé par le nitrate d'argent, et sur lequel

l'attention des médecins paraît devoir être réveillée par l'observation du docteur Trousseau et les expériences curieuses de M. Bennati (1). En effet, il est rare qu'après l'application du nitrate d'argent, la voix qui, dans l'angine couenneuse, est très-voilée, ne devienne de suite plus nette et plus claire.

Les lotions alumineuses, l'insufflation de la poudre d'alun, ont aussi offert à notre observation quelque utilité. Chez le petit Cheminais, ce médicament paraît avoir pendant quelques jours suspendu la marche de la maladie. Employé depuis une haute antiquité, il mérite encore faveur; et de nos jours, MM. Ozanam, de Lyon, et Bretonneau à Tours, ont publié de nombreuses observations sur son efficacité. Je ne puis accorder au calomel le même degré de confiance, et l'auteur de la *Diphthérite* paraît avoir renoncé à son emploi.

A la troisième période de la maladie, il n'y a plus qu'un moyen qu'un habile praticien puisse encore tenter, c'est l'opération de la trachéotomie. Nous ne soulèverons pas ici les discussions qui se sont élevées lors du concours de 1811, relativement au mémoire de M. Caron; nous rapporterons seulement que dans les mains de M. Bretonneau, cette opération a réussi quatre fois sur douze; encore faudrait-il tenir compte des chances défavorables qui se sont présentées dans les cas de non-réussite. « Si des éloges exagérés ne suffisent pas pour autoriser toujours cette opération, dit M. le professeur Boyer, quelques mauvais succès ne doivent pas la faire proscrire entièrement. » (*Traité des mal. chirurg.*; et Emangard, *Traité du croup.*)

Mais avant de se décider à une opération aussi chanceuse, le médecin prudent aura soin de prévenir les parens du degré de confiance que l'on doit raisonnablement

(1) *Bulletin général de thérapeutique*, novembre 1831.

y attribuer, afin de mettre à couvert et sa réputation, et en quelque sorte sa responsabilité (1).

---

(1) Je crois devoir terminer ce travail par une réclamation de priorité sur l'emploi du nitrate d'argent dans les angines couenneuses, insérée dans le *Recueil périodique de la Société de Médecine de Paris*; je la reproduis ici comme pièce justificative.

Réclamation de M. le docteur Edouard Gendron, médecin à Château-Regnault,

AU RÉDACTEUR.

Château-Regnault, le 7 septembre 1828.

Monsieur et très-honoré confrère, j'ai lu avec intérêt les mémoires et diverses notes sur *l'angine couenneuse*, que vous avez insérés dans votre excellent Journal (numéros de juin et août 1828; t. CIII, 6.e de la troisième série, pag. 305 et suiv.; et t. CIV, 7.e de la troisième série, p. 176.) Mais j'ai été surpris que vous n'ayez pas eu connaissance des observations que j'avais publiées sur cette maladie dans le *Journal complémentaire du Dict. des Sc. médicales*, février 1826 et mai 1828; votre impartialité vous eût fait un devoir de me citer (pardonnez-moi mon peu de modestie) en première ligne, au nombre des médecins qui ont employé le nitrate d'argent dans l'angine couenneuse.

C'est au mois de fevrier 1826 que parurent mes premières observations; elles constatent que j'employai le nitrate d'argent dans les premiers mois de l'année 1825, dans le temps même que le docteur Mackensie rédigeait son mémoire dont je n'avais et ne pouvais avoir connaissance. Je fis connaître les succès que j'obtins par ce moyen à la Société de Médecine de Tours, d'abord par une lettre adressée au secrétaire-général, et ensuite par un memoire inséré dans le *Précis des traraux de cette Société*, long-temps après son inscrtion dans le *Journal complémentaire*.

Quelques mois plus tard, M. Bretonneau publia son *Traité de la Diphthérite*; il ne fut fait dans cet ouvrage aucune mention de l'emploi du nitrate d'argent, ce qui peut faire croire que ce médecin ne connaissait pas alors les observations du docteur anglais Mackensie, et quoiqu'il y ait tout à parier qu'il connaissait les miennes à cette époque, car plusieurs personnesl ui avaient parlé de la méthode que j'employais.

Il m'est peut-être permis de croire que c'est à mon exemple que ce moyen thérapeutique a été employé dans la Touraine; je l'avais recommandé à plusieurs médecins; et, ce qui vient à l'appui de ce que j'avance, c'est une lettre du secrétaire-général de la Société de Méde-

MÉDECINE ÉTRANGÈRE.

Observations sur l'efficacité de l'eau cohobée de feuilles de laurier-cerise dans les névralgies; par le docteur LODOVICO BIOGLIA DAL PERSICO, *médecin à Legnaro* (1).

Dès l'époque où le docteur Brutti (*Esculapio del Tevere*,

cine de Tours, en réponse à une réclamation que je lui avais adressée au sujet de la priorité dans l'emploi du médicament dont il s'agit.

A Monsieur le docteur Gendron, membre titulaire de la Société de Médecine de Tours.

Tours, le 4 août 1828.

Monsieur et très-honoré confrère, la Société médicale a pris connaissance de la lettre que vous avez écrite à M. le docteur Berbonneau, secrétaire-adjoint, relativement à la priorité que vous réclamez dans l'application du nitrate d'argent contre l'angine diphthérique. Mon collègue M. Berbonneau étant absent en ce moment, la Société me charge de vous faire savoir que, prenant en considération la justesse de cette réclamation, elle l'a accueillie favorablement et s'empressera d'y faire droit, en insérant dans un prochain numéro de son *Précis, une note spéciale* (*) dans laquelle seront relatés les droits de chacun dans la priorité dont il s'agit. Un membre de la Société est particulièrement chargé de colliger les notes qui ont été publiées à ce sujet, et il en résultera des dates, si je ne me trompe, qu'un correspondant de notre Société médicale (c'est vous), est le premier en France qui ait tenté ce moyen contre les angines pelliculaires.

En vous rendant la justice qui vous est due, la Société me charge de vous transmettre les témoignages de son estime particulière; quant à moi, etc.

Le secrétaire-général HAIME, *D. M. P.*

(*) Sur la réclamation de priorité de l'emploi du nitrate d'argent, adressée par le docteur Gendron, la Société a vérifié que cet honorable collègue est le premier qui lui ait communiqué des faits d'angines membraneuses traitées avec succès par la cautérisation avec le nitrate d'argent. (*Extrait de cette note. Précis du* 3.e *trimestre* 1828.)

(1) *Annali Universali di Méd.*, juillet 1832. Ext. (O).

N.° 31 agosto 1831) et depuis lui M. Lombard et d'autres praticiens ont préconisé l'usage de la solution aqueuse de cyanure de potassium dans les névralgies, je proposerai, dit le docteur Broglia dal Persico, de répéter et de varier les mêmes essais. L'emploi de ce moyen thérapeutique était si simple, son action si prompte et si innocente, qu'on pouvait l'abandonner sans crainte aux mains les plus inhabiles; mais si les occasions d'en faire l'application ne me manquèrent pas, il n'en fut point de même de la facilité à me procurer le médicament; c'est pourquoi, en réfléchissant à sa composition, je pensai que la propriété sédative dont il jouissait dépendait très-probablement du cyanogène qu'il contient. En conséquence, je lui substituai l'eau cohobée de feuilles de laurier-cerise que Madden, Mortimer (Bruschi, *Instituzioni di materia medica*, vol. 3), Brown avaient déjà employée, et que Baylies a le premier administré chez l'homme (Sprengel, *Hist. de la med.* t. 5. p. 481). Le succès dépassa mon attente, et peu de temps après je publiai les résultats de mes observations dans la *Gazetta eclettica di farmacia-chimica etc., di Verona* n.° 16, août 1832. Depuis ce moment j'ai réitéré un grand nombre de fois l'application de ce topique, et toujours avec les plus grands avantages. Cette publication avait eu lieu, quand je lus dans le *Bulletin gén. de thérap.* t. 3, an 1832, que M. Roux employait de préférence à l'acide hydrocyanique, l'eau distillée de laurier-cerise dans les névralgies; il l'administrait ainsi: Eau distillée de laurier-cerise, quatre onces.—Ether sulfurique, une once.—Extrait de Belladone, deux gros. Dans cette composition mixte on ne peut pas bien apprécier quel est de ces médicamens celui qui agit efficacement lors de son application. Cette distinction est peu importante, dira-t-on, pourvu qu'on guérisse; mais n'y a-t-il pas quelque avantage aussi à guérir avec autant de chances en employant un moyen plus simple. Les obser-

vations suivantes mettront le lecteur dans le cas d'apprécier le mode de traitement dont j'ai fait usage.

Obs. I.re *Névralgie cervicale* — Anna Paccaguella, âgée de 38 ans, d'un tempérament sanguin et nerveux, sujette aux inflammations des organes abdominaux, fut affectée d'une méningite dans le mois d'avril 1832, qu'on combattit efficacement par des saignées abondantes et répétées. Le quatorzième jour de la maladie, tous les accidens étaient presqu'entièrement dissipé, lorsqu'elle ressentit tout à-coup sans aucune cause appréciable une douleur aiguë à la partie postérieure et latérale du cou, qui devint progressivement de plus en plus intense dans l'espace de deux heures. Elle diminua un peu dans la matinée du lendemain, puis elle reparut à des intervalles irréguliers dans le cours de la journée, avec une violence extrême. La région douloureuse ne présentait d'autres changemens qu'une rougeur légère. La moindre pression causait une souffrance intolérable; le pouls n'offrait aucune modification, il n'était pas plus fréquent, les facultés intellectuelles étaient intactes, de même que les fonctions digestives; tout démontrait une névralgie cervicale rémittente et irrégulière. La saignée, les sangsues sur la région douloureuse, l'acétate de morphine à l'intérieur, la solution de ce sel employé en lotions, les extraits de valériane et de jusquiame associés à l'oxyde de zinc, les purgatifs comme dérivatifs sur l'intestin, les pédiluves sinapisés, les sinapismes appliqués sur les extrémités inférieures, tous ces moyens furent sans effet. Ce fut alors que le docteur Broglia fit appliquer toutes les deux heures sur la partie malade, du coton imbibé d'un mélange de trois gros (drachmes) d'eau cohobée de feuilles de laurier-cerise avec trois onces d'eau de citron (c'est sans doute une infusion d'écorce de citron; l'eau de roses pourrait tout aussi bien servir de véhicule). Dès les premières applications, la douleur fut sensiblement calmée, et au bout de

trois jours de l'emploi de ces mêmes lotions, la guérison était complète.

Obs. II.ᵉ *Névralgie fémoro-poplitée.* — Elisabeth Bolpin, âgée de 21 ans, d'un tempérament sanguin et nerveux, avait toujours joui d'une bonne santé, quand, au mois de mai 1832, après s'être exposée au froid ayant très-chaud, elle ressentit tout-à-coup une douleur excessivement aiguë dans l'articulation du genou, laquelle s'étendait un peu en haut le long de la partie antérieure et interne de la cuisse, et se prolongeait en bas jusqu'au milieu de la jambe. Au bout de deux heures ses souffrances devinrent atroces, puis elles se modérèrent un peu, et reparurent ainsi à plusieurs intervalles avec la même violence, pendant vingt-quatre heures. Le docteur Broglia vit la malade le troisième jour: elle était alors en proie aux douleurs les plus aiguës, sans que la région douloureuse offrît aucun changement appréciable; seulement les moindres mouvemens réveillaient les douleurs avec force. La langue était blanchâtre, le pouls un peu irrégulier, les facultes intellectuelles intactes.

Une saignée fut d'abord pratiquée, puis on administra un purgatif. Le cinquième jour, légère amélioration, mais dans la soirée, réapparition des douleurs, nouvelle saignée, le sang devint un peu couenneux comme dans la précédente. Boisson diaphorétique, frictions avec un liniment ammoniacal, puis avec l'alcohol, nulle amélioration. On pratique l'acupuncture sans plus de succès; on applique inutilement des sangsues sur le siège du mal; on n'obtint pas plus d'avantages de l'administration intérieure de la terébenthine. Ce fut alors qu'on fit usage de l'eau cohobée de feuilles de laurier-cerise dans les proportions déjà indiquées, et unie à de l'eau distillée simple. Après quelques lotions la malade ressentit un soulagement réel, ce mieux augmenta graduellement, et dans l'espace de trois jours la névralgie était complètement dissipée.

Obs. III.ᵉ *Névralgie sciatique.* — Après des saignées ré

pétées que nécessitaient diverses incommodités dues à un tempérament sanguin, et à la suite de fatigues, madame G. B. de Legnaro, fut affectée d'une méningite rachidienne le 23 juin 1832; elle s'était exposée à un vent très-froid étant en sueur. Les accidens furent combattus énergiquement par des saignées répétées, des sangsues le long du rachis, des purgatifs doux, et des boissons diaphorétiques: Le septième jour la malade était en convalescence. Dès le début, elle avait ressenti une douleur très-aiguë et presque continue au condyle externe du fémur droit, et qui s'étendait à la cuisse et à la jambe. Des frictions avec une laine chaude, les linimens avec l'ammoniaque, l'extrait de jusquiame, furent sans effet. Dans la soirée du huitième jour on employa l'eau cohobée de laurier-cerise aux doses et à la manière indiquée, et peu de temps après la douleur disparut; mais presqu'en même temps il s'en développa une autre tout-à-fait semblable dans la région lombaire, et qui revenait par accès violens. Celle-ci fut combattue comme la précédente, et avec le même succès. Au bout de quelques jours la malade était parfaitement rétablie.

Obs. IVe *Névralgie faciale.* — Madame L. Ghirardo de Legnaro, âgée de 32 ans, d'un tempérament sanguin, éprouva tout-à-coup sans cause connue une violente douleur dans la région sus-orbitaire gauche, et qui s'étendit bientôt à la joue jusqu'à l'angle de la mâchoire inférieure. Elle éprouvait quelque rémission le soir, mais la douleur reparaissait avec une nouvelle acuité tous les matins. La malade était dans une agitation extrême, avec de la somnolence et des rêvasseries. On employa d'abord une saignée, un purgatif, et le lendemain deux applications de sangsues sur la région douloureuse. en même temps la malade prit des pilules de sulfate de quinine. Tout fut sans effet; les observations de cure par la belladone dans des cas semblables engagèrent le docteur Broglia à en faire usage, non seulement à l'intérieur, mais en lotions à l'extérieur. Les

souffrances n'en continuèrent pas moins; alors on eut recours à l'eau cohobée de laurier-cerise à la manière accoutumée: l'effet n'en fut pas immédiat. Au bout de deux jours seulement la malade en ressentit du soulagement, et guérit.

Obs. V.° *Névralgie sus-orbitaire.* — A. Menin, de Pol verara, fut affecté au mois de septembre 1832, d'une névralgie sus-orbitaire gauche à type irrégulier. Un purgatif fut d'abord administré pour remédier à un léger embarras gastrique, puis on mit successivement en usage la saignée, les pédiluves sinapisés, les sangsues sur la région douloureuse, un sinapisme près du siège du mal, et tout sans résultat. On administra pendant plusieurs jours à l'intérieur le sous-carbonate de fer sans plus d'avantage. Les lotions d'eau cohobée de laurier-cerise furent alors employées, et dissipèrent rapidement tous les accidens; au bout de cinq jours de leur application la guérison était complète.

Obs. VI.° *Névralgie scapulaire, irrégulière et rémittente.* — A la suite d'une affection rhumatismale des parois thoraciques, F. Menighello de S. Fidenzio, âgée de 23 ans, d'un tempérament sanguin et nerveux, fut prise d'une névralgie scapulaire gauche, dont les accès étaient irréguliers et rémittens. La saignée, les purgatifs, les frictions calmantes, les sangsues, les lotions alcoholiques, les topiques irritans, le sulfate de quinine seul, et associé aux antispasmodiques, les applications réfrigérantes, ne produisirent pas la moindre amélioration. Le sous-carbonate de fer, l'acupuncture, le vin de colchique furent également sans effet. Enfin on eut recours à des lotions répétées avec l'eau cohobée de laurier-cerise dans les proportions indiquées, et tous les accidens étaient entièrement disparus au bout de quelques jours.

Obs. VII.° *Névralgie sciatique.* — Au mois de novembre 1832, Biagio Urbani, de Legnaro, âgé de 24 ans, d'un tempérament sanguin, et occupé aux travaux des champs, ressentit une douleur excessivement aiguë dans le trajet du

nerf sciatique gauche : les accès en étaient irréguliers, et présentaient de temps en temps quelque rémission. L'année précédente il avait éprouvé les mêmes accidens, mais avec un peu moins d'intensité : ils avaient cédé à des frictions opiacées que lui avait conseillées le professeur Bréra. Cette fois le docteur Broglia, encouragé par les succès qu'il obtenait des lotions d'eau cohobée de laurier-cerise, en prescrivit l'usage au malade. Les premières lotions n'eurent aucun effet, mais au bout de quarante-huit heures, le malade fut tout surpris de se trouver guéri.

Obs. VIII.e *Névralgie cubitale.* —Vers la même époque, D. Voltan, de Savonara, fut affecté d'une névralgie cubitale gauche, à la suite d'une pneumonie grave qui avait été traitée heureusement par des saignées. Cette névralgie, d'ailleurs bien caractérisée, n'était pas excessivement aiguë; sa marche était intermittente, elle reparaissait régulièrement tous les soirs. Les sangsues, le quinquina, le sulfate de quinine furent sans effets pour la combattre. Les lotions avec l'eau cohobée de laurier-cerise calmèrent d'abord un peu la douleur à laquelle succéda, au bout de quatre jours, un engourdissement, une sorte de torpeur : le septième jour il n'en subsistait plus la moindre trace.

Obs. IX.e *Névralgie sus-orbitaire.* —M. Gaetano Zangrandi, médecin distingué, fit usage, sur ma recommandation, de l'eau cohobée de laurier-cerise pour une névralgie sus-orbitaire du côté droit, qui s'était développée, au mois de novembre 1832, chez une dame habitante de Padoue, à la suite d'une ophthalmie rhumatismale. Une demi-once d'eau cohobée de laurier-cerise, mêlée à quatre onces d'eau distillée simple, suffit pour déterminer une parfaite guérison en peu de jours.

Une remarque importante, et qui existe pour toutes les observations qui viennent d'être rapportées, c'est que dans aucun de ces cas il n'y a eu de recidive à la suite de ce traitement. Enfin, pour donner la mesure de son efficacité,

nous rapporterons, au milieu des exemples de succès si fréquens, l'histoire de deux malades chez lesquels ce médicament fut sans effet, malgré les doses élevées auxquelles on l'administra.

Obs. X.° — Oswaldo Savioli, de Polverara, d'un tempérament lymphatique, fut affecté d'une névralgie sciatique du côté droit, au mois d'août 1832; il avait eu déjà plusieurs attaques de cette maladie qui avait cédé aux saignées et aux vésicatoires. On pratiqua donc à deux reprises une saignée générale, et l'on appliqua ensuite un grand nombre de sangsues sur le trajet de la douleur; des frictions irritantes, alcoholiques, calmantes; et des purgatifs, furent successivement mis en usage et sans avantage, de même que l'huile de térébenthine à l'intérieur. Les lotions d'eau cohobée de laurier-cerise ayant alors été employées, n'apportèrent aucun changement dans l'intensité de la névralgie, qui ne céda qu'à l'application de deux vésicatoires, l'un en arrière du grand trochanter, et l'autre sur la face dorsale du pied du côté affecté.

Dans le second cas, où l'eau cohobée de laurier-cerise fut sans action, la névralgie était aussi une sciatique Les mêmes moyens furent également mis en usage sans amener la moindre amélioration : il fallut recourir aux vésicatoires, qui seuls eurent l'honneur de la cure.

Le docteur Broglia dal Persico présente ensuite quelques considérations sur la nature des névralgies, en s'étayant des opinions émises par beaucoup d'auteurs : il recherche aussi quel peut être le mode d'action de l'eau cohobée de laurier-cerise dans le traitement de cette classe de maladies, et termine par les conclusions suivantes :

1.° Cette méthode curative est la plus simple; 2.° elle est de l'application la plus facile; 3.° elle ne peut donner lieu à aucun accident; 4.° on peut apprécier avec d'autant plus de certitude ses effets thérapeutiques, qu'un seul médicament en fait la base; elle est très-économique, et se

trouve ainsi à la portée de toutes les classes de malades; 6.° on peut se procurer cette préparation pharmaceutique dans quelque officine que ce soit; 7.° enfin son action est non-seulement efficace dans la plupart des cas, mais encore la guérison qui en résulte est exempte de rechutes (1).

De l'évolution du thymus chez l'homme et les mammifères, par le docteur HAUGSTED.

Une loi universelle ordonne à toute chose de se développer, d'atteindre la perfection, de décliner et de périr. Cette loi s'applique au corps de l'homme, pris dans son ensemble, et à chacun des organes qui le constituent. Faibles à leur origine, ceux-ci se développent peu à peu, et lorsqu'ils ont atteint le plus haut degré de leur développement, ils déclinent, leurs fonctions s'enrayent et s'abolissent; ils disparaissent, comme fera le corps lui-même tout entier. Ces ré-

---

(1) L'opinion du docteur Broglio dal Persico paraîtra peut-être un peu exclusive, quoiqu'elle repose sur des faits concluans. Nous croyons, en effet, que l'efficacité de l'eau cohobée de laurier-cerise n'est pas aussi constante qu'on pourrait le croire, d'après les exemples cités par ce médecin : notre expérience particulière nous porte au moins à en douter. Il eût été nécessaire que notre confrère indiquât avec plus de précision la nature de l'eau distillée de laurier-cerise qu'il emploie. Est-ce celle qui contient en suspension l'huile essentielle, produit de la distillation, ou bien est-elle filtrée pour en séparer l'huile? Chacun sait combien l'énergie de l'eau distillée dans le premier cas, est supérieure à celle dont on a isolé l'huile par la filtration. Que si l'action thérapeutique de ce médicament dépend surtout de sa concentration, il est possible que l'eau distillée des feuilles du laurier-cerise de nos climats n'ait pas, à doses égales, la même force que celle des feuilles du même arbuste qui croît dans un pays plus chaud. Peut-être conviendrait-il d'employer chez nous, non pas l'eau d'une seconde distillation, c'est-à-dire, l'eau cohobée, mais bien l'eau distillée une troisième et même une quatrième fois, c'est-à-dire, l'eau *recohobée de feuilles de laurier-cerise*, et contenant l'huile essentielle. (*Note du traducteur.*)

volutions n'ont point lieu simultanément dans tous les organes. Quelques-uns en effet n'existent que chez l'embryon, y prennent tout leur développement, et disparaissent, comme la vésicule ombilicale ; d'autres ont toute leur perfection durant la vie fœtale, et n'existeront plus quelque temps après la naissance, comme le cordon ombilical, le canal artériel et le trou de Botal ; la plupart suivent régulièrement les phases du développement de tout le corps, adultes dans l'âge qui porte ce nom, décroissant avec la vieillesse, mais ne cessant qu'avec la vie l'exercice de leurs fonctions.

C'est à une époque qui lui est particulière, et beaucoup plus tôt que la plupart des autres organes, que le thymus atteint le plus haut degré de son développement et le point de sa perfection. C'est dans la première enfance, c'est dans les jeunes animaux qu'il a pris tout l'accroissement dont il est susceptible ; il décroît dans l'adolescence, quand la plupart des autres organes sont dans toute leur vigueur. Il ne suffirait donc point à notre objet d'avoir décrit le thymus tel qu'il existe au *summum* de son développement chez l'homme et les animaux, il faut montrer les états divers qu'il présente dans chaque espèce, aux différens âges et à chaque phase de l'évolution. Il s'agit donc de rechercher comment il se forme dans l'embryon, de déterminer les lois de son développement et celles de sa décroissance dans chaque animal. Ces lois du développement du thymus n'étant point les mêmes dans les différentes espèces d'animaux, et cet organe ne commençant point à décroître chez tous au même âge, il m'a paru convenable d'observer d'abord isolément son évolution chez l'homme, puis dans les différens genres de mammifères (autant du moins qu'il m'a été possible d'en examiner), et d'établir ensuite une comparaison entre les uns et les autres, pour tirer quelques conclusions générales sur les lois de l'évolution du thymus dans la série des animaux.

Chap. I. — *Evolution du thymus dans l'homme.* — Les premiers vestiges du thymus apparaissent dans l'embryon humain, vers la neuvième ou la dixième semaine de la grossesse (1); Burdach (2) le fait naître de la ramification des vaisseaux venant des organes voisins. A la neuvième semaine, on trouve derrière l'extrémité supérieure du sternum deux petits corpuscules séparés l'un de l'autre, qui deviennent plus distincts à la dixième semaine, et que du tissu cellulaire réunit par leur extrémité inférieure. S'accroissant peu à peu par en bas, ils égalent presque le volume des poumons, quoiqu'à cette époque ils n'acquièrent point, relativement au volume du corps, un accroissement aussi considérable qu'ils le feront un peu plus tard. Cowper se trompe donc (3), et avec lui tous ceux qui le copient, lorsqu'il ne craint pas d'affirmer qu'à deux mois le thymus est plus volumineux que jamais, proportionnellement au volume total du corps. Erreur d'autant plus grave, que, dans l'embryon humain de cet âge, les recherches les plus scrupuleuses ne font pas découvrir le moindre vestige de thymus. J'ai disséqué avec le plus grand soin un embryon humain de deux mois, du cabinet du professeur Eschricht, conservé depuis quelque temps dans l'alcohol, et il ne m'a pas été possible de rien découvrir qui pût être pris pour un rudiment du thymus. Burdach, Meckel et Wrisberg, anatomistes dont l'habileté est bien connue, ont fait, sur des fœtus

---

(1) Hewson pensait qu'il commençait à paraître à la fin du troisième mois ou au commencement du quatrième. (*Experimental Inquiries*, etc., vol. 3, obs. 39, p. 85.) (Il convient de remarquer que les premiers vestiges des poumons apparaissent dès la sixième semaine, et ceux du corps thyroïde à la septième.)

(2) K. F. Burdach, *Die Physiologie als Erfahrungswissenschaft*. Leipzig, 1828. T. II, p. 600.

(3) Guil. Cowper, *Anat. corp. human.* Leyde., 1739, in-fol., tab. XXI : «*In fœtu duorum à conceptu mensium pro mole corporis major est, quam in fœtu quinque vel sex mensium.* »

du même âge, des recherches également inutiles (1).

Si l'on examine un fœtus humain de trois mois, on trouve le thymus petit, situé sur la base du cœur, enveloppé d'un tissu cellulaire jaunâtre. Il consiste alors en deux granulations placées sur les côtés de la trachée, et c'est l'époque de la vie où il est le plus petit proportionnellement aux autres organes de la poitrine.

Au quatrième mois, le thymus a pris plus de développement : couché sur la base du cœur, il s'étend jusqu'au-dessus de la région claviculaire. On distingue encore nettement les deux lobes qui le constituent, et leur structure granuleuse se voit facilement à l'œil nu.

Le quatrième mois révolu, le développement du thymus est beaucoup plus considérable encore; ses deux moitiés latérales sont unies plus intimement. Wrisberg (2) décrit ainsi le thymus d'un fœtus de cinq mois et demi : Cet organe est composé de deux grands lobes et d'un petit lobe *succenturié;* le lobe supérieur du thymus, couché sur la veine sous-clavière gauche, est lâchement uni à ce vaisseau; l'inférieur adhère plus intimement avec la partie supérieure du péricarde; le petit lobe, représentant une sorte de grand ganglion lymphatique, adhère à l'artère sous-clavière droite dans l'étendue de deux lignes.

J'ai vu, chez un fœtus de six mois, le thymus s'élever jusqu'à la glande thyroïde. Je n'ai pu déterminer si, avant cet âge, le thymus renfermait ou non quelque suc, parce

---

(1) Burdach, *loc. cit.* — Meckel, *Fragmente aus der Entwickelungegeschichte des menschlichen Fœtus*, p. 282. Il dit d'un embryon de deux mois : *Ich finde noch keine Thyreoidea*; — « *Auf dem Herzbeutel sah ich eben so wenig eine Thymus.* » Et un peu plus loin (p. 298), en parlant d'un autre fœtus un peu plus grand : « *Die Thymus sehe ich nicht deutlich.* » — En décrivant un fœtus de dix semaines, Wrisberg dit : *Thymi nullum invenire potui vestigium, etsi solertè inquisiverim; si adfuerit mollissimum, minimum et defluentem fuisse oportet.* H. A. Wrisberg, *Descriptio anat. embryonis.* Gottingue, 1764 : in-4.°, obs. 2, p. 23.

(2) *Loc. citat.*, p. 45.

qu'aucun des fœtus plus jeunes que j'ai disséqués n'était frais, mais qu'ils avaient tous été conservés plus ou moins de temps dans l'alcohol. La plupart me venaient du cabinet de notre savant professeur Eschricht, qui les mit à ma disposition avec une libéralité et une obligeance dont je ne saurais trop lui rendre grâce.

Chez un fœtus de sept mois, que je disséquai frais, le thymus avait encore acquis beaucoup de volume; le suc qu'il contenait était, il est vrai, en moindre quantité que dans le fœtus à terme, mais assez abondant néanmoins pour qu'on pût en faire suinter des gouttes en coupant et exprimant cette glande. En observant avec attention, on pouvait déjà reconnaître sa structure celluleuse.

Depuis lors le volume du thymus va toujours en augmentant jusqu'au terme de la grossesse; mais sa pesanteur spécifique diminue à mesure que se forment ses cellules, en sorte que cette pesanteur, comparée à celle de l'eau, étant à huit mois de 1,099, n'est plus à neuf que de 1,071.

Dans le fœtus à terme et l'enfant nouveau-né, la figure, la situation et la structure du thymus sont telles que je les ai décrites ailleurs (1); quant au volume de l'organe, on ne saurait croire à quel point il varie; chez des nouveau-nés petits et maigres, je l'ai vu peser à peine plus d'un gros, tandis que son poids dépassait une demi-once chez d'autres qui étaient plus grands, bien nourris et pleins de sucs. Et dans la multitude de thymus d'enfans morts dans la parturition, que j'ai examinés à notre hôpital des femmes en couches, à peine y en avait-il deux d'égal volume, quoique la plupart fussent du poids de deux à trois gros. Ce poids est inférieur, comme on voit, à celui qu'indiquent les traités

(1) Haugsted, *Thymi in homine ac per seriem animalium descriptio anat. pathol. et physiologica.* Copenhague, 1832, in-8.°, fig., part. 1, cap. 2, 3 et 4.

d'anatomie (1). Je ne comprends pas comment Lucae (2) a pu soutenir que la grandeur relative du thymus était la même chez tous les sujets.

Il y a des anatomistes, et parmi eux des anatomistes d'un grand nom, qui ont prétendu que le thymus avait acquis au terme de la grossesse le plus haut degré de son développement; que devenu inutile après l'accouchement, il commençait dès-lors à décroître (3), et n'existait déjà plus dans l'enfance. Mais il résulte des observations les plus exactes, et cela n'avait point échappé à l'attention de Verheyen (4), que le thymus ne perd point de son volume dans le premier âge; qu'il s'accroît au contraire avec les autres parties du corps, au moins jusqu'à un ou deux ans (5).

---

(1) Selon Verheyen (*Respons. ad Bidloum*, page 474) le poids du thymus de l'enfant nouveau-né est de huit scrupules; Meckel (*Manuel d'anatomie gén. descript. et pathol.*, t. III), lui donne une demi-once et plus; Adelon (*Physiologie*, t. IV, p. 456). Burdach en dit autant (*Die Physiologie als Erfahrungswissenschaft*, t. II, p. 602); mais ailleurs (*op. cit.*, t. III, p. 225), il fixe ce poids à trois gros seulement.

(2) J. C. Lucæ, *Anatom. Untersuch. der thymus*, 1 Heft, p. 15: *Dieselbe relative Grœsse der Thymus fand ich in allen von mir untersuchten Subjecten von geringem Alter; in einem Knabe von fünf Jahren fand ich sie noch in demselben Verhæltniss.* »

(3) G. Cowper, *Anat. corp. human.*, in-fol., tab. XXI: « *Minuit thymus a partu gradatim.* » Heister, *Compend. anat.*, p. 114: « *In Neugebohrnen Kindern ist sie am grœsten; in Knaben ninnt sie nach und nach ab.* » Martineau, dans le *Journal-général de Médecine*, etc., t. XVII, p. 49: « On sait qu'à dater de la naissance il décroît et se dessèche de plus en plus, de façon que dans la vieillesse il en reste à peine quelques vestiges. » Mason, *Lectures upon the hearth*, etc., p. 14. — Danz, *Grundriss der Zergliederungskunst des umgebohrnen Kindes*, t. II, p. 54. — Hildebrandt, *Lehrbuch der Anatomie des Menschen*. 3.te Ausgabe, t. III, p. 392.

(4) Ph. Verheyen, *Anat. corp. hum.*, tract. III; cap. VI.

(5) Morand en avait déjà fait la remarque. (*Mém. de l'Ac. des Sc.*, 1759, in-4.°, p. 526.) « Mais il n'est pas exactement vrai, comme l'avancent la plupart des anatomistes, que le thymus s'oblitère sitôt que l'enfant respire, etc. »

Dans quelques enfans, mais non chez tous, les côtés du thymus sont comprimés à la vérité dans l'acte de la respiration, et il perd de sa dimension d'un côté à l'autre; mais son diamètre augmente en même temps d'avant en arrière. Si donc, à l'ouverture de la poitrine d'un enfant, cet organe peut paraître au premier aspect moins volumineux que dans le fœtus à terme, un examen plus attentif ne tarde pas à démontrer qu'il a réellement plus de volume.

Les changemens qu'éprouve le thymus, à partir de la première ou de la seconde année révolue, sont de deux espèces, et se rapportent naturellement à deux périodes.

Depuis la seconde année jusqu'à la huitième ou dixième, par conséquent depuis la première dentition achevée jusqu'à l'évolution des dents permanentes, le thymus ne paraît ni perdre ni gagner du volume. Mais ses cellules se resserrent peu-à-peu, l'humeur qui y est contenue diminue, et sa structure éprouve des changemens qui le rendent impropre à remplir ses fonctions, quelles qu'elles soient; et néanmoins quoiqu'il paraisse dès-lors être une pièce inutile dans l'organisme, alimenté par ses vaisseaux propres, il continue à jouir de la vie.

Mais quoiqu'il conserve à-peu-près son poids absolu, le thymus, dans ces modifications de structure, perd chaque jour de sa pesanteur spécifique. Celle-ci était à la naissance de 1,071 (l'eau étant prise pour unité); dans un enfant de 14 jours je ne l'ai plus trouvée que de 1,02, et dans un enfant de dix ans elle égalait à peine la pesanteur spécifique de l'eau. Si l'on considère le thymus sous le rapport de ses dimensions, dans la seconde comme dans la première enfance, couvrant de ses cornes inférieures la base du cœur, il s'étend du niveau de la troisième côte à la partie inférieure du cou, au-dessus des clavicules. C'est du moins ce que j'ai observé deux fois, chez un garçon de dix ans et une fille du même âge. Le thymus présente encore à cette époque des traces distinctes de sa structure celluleuse.

C'est à partir de l'époque qui suit l'éruption des dents permanentes, que commence le décroissement notable du thymus ; ses vaisseaux diminuent, ses cellules s'oblitèrent ; il est plus solide, moins abreuvé de sucs ; sa substance paraît être résorbée par les capillaires, et ses lobes s'atténuent et se disjoignent. Jusqu'à douze ans ces changemens sont peu sensibles, mais on ne saurait croire les progrès rapides qu'ils font jusqu'à la seizième année. Le thymus ne présente plus alors de vestiges de sa structure granuleuse ni de sa division en lobules. Chacun de ses lobes, séparé de son congénère, ressemble, par sa structure et sa couleur, au corps thyroïde ou plutôt à la rate. Une grande quantité de graisse remplit ordinairement le tissu cellulaire qui l'environne et celui qui pénètre entre ses lobes. Depuis la seizième année son décroissement marche avec plus de lenteur, jusqu'à ce qu'il soit complètement atrophié, et qu'il n'en reste plus que de faibles vestiges. C'est par la partie inférieure que commence l'atrophie du thymus ; il décroît ensuite par en haut, de sorte que ce qui en reste chez l'adulte se trouve à la partie supérieure de la poitrine, derrière l'extrémité du sternum. Quand la substance du thymus a disparu, il reste en cet endroit une masse adipeuse renfermant quelques corpuscules brunâtres, derniers vestiges de l'existence de cet organe.

Nous ne pouvons donc pas plus adopter l'opinion de Meckel (1), Burdach (2) et Hewson (3), qui prétendent

---

(1) Meckel, *Manuel d'anat. gen. descript. et pathol.*, t. III. « A douze ans, on n'en trouve plus de trace, et la place qu'il occupait est remplie de graisse. »

(2) Burdach, *die Physiologie als Erfahrungswissenschaft*, 3.er Th. S. 272 : « *Ihr letzter Rest hinter dem obersten Theile des Brustbeins verschwindet gemeiniglich um das dreizehnte Jahr, indem sich dann an seiner Stelle etwas Fett verfindet.* »

(3) Hewson, *Experimental inquiries*. T. III, p. 87 : « *Between the tenth year ordinary it is perfectly effaced leaving only a ligamentose remains.* »

qu'après douze ans on ne retrouve plus de traces du thymus, que l'opinion opposée de Cowper (1), qui dit n'avoir jamais disséqué un seul sujet, tant vieux fût-il, chez qui n'existât encore cet organe. Dans le cadavre d'un jeune homme de 21 ans, que j'examinai à l'hôpital Frédéric, on voyait distinctement les restes du thymus atrophié et enveloppé de graisse; celle ci étant enlevée aussi exactement que possible, il pesait encore près de deux scrupules. Il était moins considérable chez une femme du même âge. Chez un autre jeune homme de 17 ans, il pesait un gros et demi. C'est une chose très-variable, selon les individus, que l'âge auquel ont disparu les derniers restes de la substance du thymus. J'en ai trouvé des traces assez marquées dans des sujets de trente ans et plus; dans d'autres, au contraire, de vingt-six et vingt-huit ans, à grand peine ai-je pu en trouver quelques vestiges au milieu du tissu cellulaire graisseux qui occupait la place du thymus. Ainsi, à moins qu'on ne veuille donner le nom de *vestiges du thymus* (je n'oserais dire de thymus), au tissu cellulaire, je ne conçois pas que Cowper ait pu dire qu'il n'avait jamais rencontré de sujet, quelque vieux qu'il fût, qui n'eût encore cet organe. Une assertion non moins dépourvue de fondement est celle de Fl. Caldani (2), qui prétend que le thymus ne disparaît point dans l'âge adulte, mais qu'il persiste et se divise en plusieurs glandes, qu'on peut remplir de mercure en injectant les vaisseaux lymphatiques du foie. J'ai rencontré fréquemment, il est vrai, des ganglions lymphatiques dans le tissu cellulaire qui occupe la place du thymus, et cela non seulement chez l'homme, mais dans divers genres de mammifères; mais il ne faut

---

(1) Cowper, *Anat. corp. human. fol.*, tab. 21.

(2) « *Alcune piccole glandole, circondate da molta tela cellulosa.* » Fl. Caldani, *Congetture sopra l'uso della glandola timo*, etc. Venise, 1808; in-8.°

point les confondre avec les débris du thymus; ce sont de véritables ganglions lymphatiques qu'on trouve chez le fœtus et le nouveau-né, à l'époque du plus grand développement du thymus, dans le tissu cellulaire qui environne cet organe, et qui se conservent dans leur intégrité quand celui-ci vient à disparaître.

Pour qu'on se fasse une juste idée des proportions diverses du thymus dans les différens âges, il me paraît convenable d'indiquer aussi exactement que possible ses dimensions et son poids aux différentes époques de la vie du fœtus, de l'enfant, de l'adolescent et de l'homme adulte. On pourra déduire de ces rapprochemens les lois de son évolution.

Je dois faire remarquer, comme je l'ai déjà dit plus haut, que le fœtus humain le plus jeune que j'aie examiné dans l'état frais avait à-peu-près sept mois; tous ceux d'un âge moins avancé que je citerai, me venaient du cabinet du professeur Eschricht; et comme ils y avaient été conservés plus ou moins de temps dans l'alcohol, il était difficile d'en déterminer exactement le poids. J'ai disséqué moi-même à l'état frais tous ceux dont j'ai indiqué le poids.

Pour qu'on puisse saisir d'un coup-d'œil tous ces détails, j'ai dressé le tableau suivant où se trouvent indiquées les dimensions du thymus, et la longueur totale du corps, soit du fœtus, soit de l'adulte.

TABLEAU indiquant la grandeur du thymus humain aux différens âges.

AGE.	De tout le corps: longueur: de la bouche à l'anus.	De tout le corps: longueur: du sommet de la tête aux talons.	De tout le corps: Poids.	Du thymus: *longueur*	Du thymus: *largeur*	Du thymus: *épaisseur*	Du thymus: Poids	
	pouces.	pouces.	liv.p.c.					
Fœtus humain de 10 semaines..	»	$2\frac{1}{2}$	»	$\frac{3}{4}$ de lig.	$\frac{1}{2}$ lig.	$\frac{1}{4}$ de lig.	»	
— — mâle de 3 mois...	2	4	»	$2\frac{1}{2}$ à 3 lig.	1 lig. $\frac{1}{4}$	$\frac{1}{2}$ lig.	»	
— — — de 4 mois...	3	$5\frac{1}{2}$	»	3 à $3\frac{1}{2}$ lig.	$1\frac{1}{2}$ lig.	$\frac{1}{4}$ de lig.	»	
— — — de 5 mois...	$3\frac{1}{2}$	6	»	5 lig.	2 lig.	env. 1 l.	»	
— — — de 6 mois...	6	10	»	1 pouce.	3 à 6 lig.	$1\frac{1}{2}$ lig.	»	
— — — de 7 mois...	7	13	$3\frac{1}{2}$	$1\frac{1}{5}$ p.	5 lig.	2 à 3 lig.	$\frac{1}{2}$ gros + 3 grains........	33 grains.
— — — de 8 mois...	$8\frac{1}{2}$	$14\frac{1}{2}$	$2\frac{3}{4}$	1 p. 6 lig.	$\frac{1}{2}$ pouce.	3 lig.	$\frac{1}{2}$ gros + 10 grains........	40 grains.
Enfant nouveau né (bien nourri) de sexe feminin...	11	20	9	$1\frac{1}{2}$ à 3 p.	1 à 2 p.	2 à 4 lig.	$\frac{1}{2}$ once..................	240 grains.
— — mâle, (petit, maigre).	9	17	5	$1\frac{4}{5}$ p.	$\frac{1}{2}$ à $1\frac{1}{2}$ p.	$2\frac{1}{2}$ lig.	1 gros + 24 grains........	84 grains.
Enfant mâle, (petit, maigre) de 4 semaines...	10	19	6	2 p.	7 à 9 lig.	2 lig.	2 gros	120 grains.
— — (bien nourri) de 9 mois...	11	23	$11\frac{1}{2}$	$2\frac{1}{2}$ p.	$1\frac{1}{2}$ p.	4 lig.	$\frac{1}{2}$ once + $\frac{1}{2}$ gros........	270 grains.
— (scrofuleux) de 10 ans..	»	48	»	$2\frac{1}{4}$ à 3 p.	1 p.	$1\frac{1}{2}$ lig.	$1\frac{1}{2}$ gros + 1 scrupule......	110 grains.
Fille (émaciée, scrofuleuse) de 10 ans...	»	46	»	2 à $2\frac{1}{2}$ p.	7 lig.	1 lig.	$\frac{1}{2}$ gros	30 grains.
Garçon........ 17 ans...	»	»	»	$1\frac{3}{4}$ p	$\frac{3}{4}$ ps	$\frac{1}{4}$ de p.	$1\frac{1}{2}$ gros..................	90 grains.
— .... 21 ans...	«	»	»	»	»	»	2 scrupules..............	40 grains.

REVUE GÉNÉRALE.

Physiologie, Hygiène.

Des accidens que déterminent le thé et le café pris a hautes doses. *Mémoire lu à la Soc. de Méd. de Londres, le 1.er avril 1833, par le docteur G. Colet.* — L'usage presque général du thé et du café semble prouver que l'on en ressent rarement de l'incommodité, et qu'on le trouve, au contraire, agréable. Cependant il peut donner lieu à des accidens assez graves. Ainsi le docteur Colet affirme en avoir observé plusieurs exemples qui ne peuvent laisser de doutes à cet égard. En étudiant avec attention les effets de ces deux espèces d'infusions, et surtout les circonstances qui favorisent le développement des accidens qui se manifestent, il a reconnu qu'il existe une différence très-notable entre l'action du thé noir, celle du thé vert, et du café. Nous allons résumer ici les principales observations du docteur anglais.

Les circonstances qui contribuent à rendre nuisibles les effets du thé, sont les mêmes que celles qui tendent à affaiblir la constitution, comme les fatigues prolongées, les maladies en général, les hémorrhagies abondantes, etc. L'usage de ces infusions prises en grande quantité et pendant long-temps, non-seulement produit une sorte d'énervation, mais encore rend plus impressionnable, plus accessible aux influences morbifiques. Plus ou moins de temps après avoir pris ces boissons, on éprouve dans la région de l'estomac un sentiment désagréable, une sensation de vide, un malaise analogue à celui que détermine la faim, qui augmente progressivement d'intensité, et finit par devenir insupportable. Cette sensation se réveille dès qu'on prend des alimens, et il faut s'en abstenir si l'on veut qu'elle se dissipe. Ce symptôme est souvent le seul qui existe pendant long-temps, mais il s'y joint peu à peu une espèce de frisson, de frémissement dans le côté gauche de la poitrine, un poids incommode au-devant du thorax, accompagné de dyspnée, et de soupirs profonds et fréquens.

L'infusion de thé noir ou de café cause des accidens analogues, et de plus une excitation générale qui se dénote par les phénomènes suivans : la face devient rouge, les yeux animés ; il y a quelque chose d'analogue à une ébriété commençante ; le pouls devient plein, très-fort, accéléré. Après le thé vert, l'excitation est bien moindre, et

souvent presque nulle. La peau se décolore, les yeux s'excavent, le pouls est faible, filiforme, un peu accéléré ou lent. Dans cet état, quand on persévère dans l'usage de ces infusions, il survient alors un malaise plus profond ; les mains et les pieds sont saisis d'un froid glacial, se recouvrent d'une sueur froide ; c'est inutilement qu'on cherche à les réchauffer ; on ne peut y parvenir, même en les plongeant dans de l'eau chaude. En outre, il existe une sensation incommode de froid à la partie postérieure de la tête.

Ces différens symptômes sont caractéristiques de l'affection qui résulte du thé ou du café. Sans doute tous n'existent pas simultanément chez le même individu, et il peut s'y joindre quelque complication accidentelle ; mais le sentiment d'une fatigue extrême dans la région épigastrique, et le frisson du côté gauche de la poitrine, sont constans. On attribue généralement ces phénomènes à la dyspepsie : toutefois quel que soit l'etat de la santé, on ne les remarque que chez les personnes qui ont fait abus de thé ou de café, et ils persistent opiniâtrement à tous les remèdes. La cessation de la cause qui leur a donné naissance peut seule les faire disparaître, et ils se reproduisent aussitôt qu'on recommence l'usage de l'une ou de l'autre de ces boissons.

Les symptômes qui viennent d'être indiqués appartiennent au premier degré de l'affection particulière dont nous parlons, celui qu'on observe le plus souvent ; mais quelquefois les accidens deviennent plus graves et constituent une véritable maladie. Dans ce second degré, la sensation de froid et d'engourdissement dans la région occipitale, s'accompagne d'un fourmillement de tout le cuir-chevelu, avec céphalalgie intense, trouble de la vue, vacillation dans la marche, vertiges, pouls faible et irrégulier. Le sentiment de pesanteur qui a son siège au-devant de la poitrine dans les régions sous-claviculaires, devient un sentiment de suffocation avec insensibilité et convulsions. La douleur de l'estomac donne lieu à des spasmes violens ; les mouvemens du cœur deviennent douloureux et semblables à de fortes palpitations ; quelquefois, au contraire, l'action de cet organe se ralentit au point de déterminer la syncope. Enfin, le malade devient très-irritable, chagrin et morose.

Après ce tableau général des effets produits par l'abus du thé et du café, le docteur Colet rapporte comme exemples neuf observations dans lesquelles on voit réunis plusieurs des symptômes qui viennent d'être exposés ; nous devons dire que chacune d'elles démontre manifestement les accidens que peuvent causer ces boissons. Elles prouvent que l'estomac est l'organe sur lequel agit d'abord le thé, comme l'annoncent les tiraillemens, le sentiment de fatigue et de vacuité de la région épigastrique ; viennent ensuite le frisson et la respiration du cœur. La sensation de plénitude qu'on ressent dans les régions sous-claviculaires semble dénoter un trouble dans la circulation des prin-

cipaux troncs vasculaires. Enfin, l'influence morbide s'étend du cœur au cerveau, et détermine la syncope ou les convulsions. En résumé, les fonctions du cœur sont le plus constamment et le plus notablement troublées.

Quant au traitement, les faits rapportés prouvent qu'il suffit de cesser l'usage du thé ou du café pour voir disparaître tous les accidens; cependant s'ils devenaient trop graves, il faudrait recourir à l'emploi des dérivatifs. (*The London Med. Gazette.—Annali universali di Med.*, juillet 1833.)

Pathologie.

CONGESTION CÉRÉBRALE SIMULANT UNE HÉMORRAGIE DOUBLE OU CONSIDÉRABLE DU CERVEAU. — *Obs. par M. Sabatier, D. M.* — Le 12 septembre dernier, dit le docteur S., je fus appelé pour donner des soins au sieur N. concierge d'un hôtel de la rue S.-Dominique; cet homme, âgé d'environ 66 ans, est grand, sans embonpoint, a le col alongé, et n'offre aucun des principaux attributs des constitutions dites apoplectiques. Néanmoins, depuis quelque temps, il éprouvait des maux de tête, des étourdissemens qui devenaient de plus en plus fréquens et incommodes; il prit des pédiluves chauds, et deux ou trois applications de sangsues à l'anus furent faites par lui à différens intervalles; 8 à 10 jours seulement s'étaient écoulés depuis la dernière, lorsque cet homme fut pris des accidens qui vont être rapportés. Le 11 au soir, il était dans son état habituel et dîna avec le même appétit qu'à l'ordinaire. Le lendemain, 12, on trouva le malade dans son lit, il était sans parole et sans mouvement; des matières stercorales échappées du rectum en assez grande quantité répandaient à travers les couvertures une odeur très-fétide. A midi, heure à laquelle le docteur S. arriva près du malade, il présentait l'état suivant: face peu colorée, paupières abaissées, pupilles peu mobiles, à demi-dilatées; pas de diminution ni d'augmentation dans la température du corps; résolution des quatre membres, insensibilité complète de la peau sur quelque région du corps que ce fût; respiration lente, assez fréquente, sans râle; pouls plein, développé, à 85 pulsations environ par minute, bouche non déviée, battemens du cœur assez énergiques; ventre un peu tendu sans être balonné; pas de saillie ni de matité dans la région de la vessie. Une large saignée fut immédiatement pratiquée: l'écoulement de sang ne fut suspendu que lorsque le pouls commença à faiblir sous le doigt. Deux sinapismes aux coude-pieds, et immédiatement après lavement purgatif qui détermina plusieurs évacuations très-copieuses. Bientôt après le malade ouvrit les yeux et fit quelques mouvemens. En peu d'instans il recouvra la faculté d'entendre et prononça quelques mots. Les sinapismes étant devenus bientôt après incommodes, furent

enlevés. A six heures du même jour, le pouls avait perdu de sa force et de sa fréquence ; mais il résistait encore au doigt. L'intelligence reparaissait de plus en plus nette. (16 sangsues à la base du crâne). Le lendemain, 13, les mouvemens étaient libres ; le malade répondait facilement, mais seulement avec un peu de lenteur, aux questions qu'on lui adressait. Un lavement purgatif détermina encore ce jour-là et les deux suivans de six à quatre selles liquides dans les 24 heures. Le 14, le malade se leva et se promena dans la cour. Le 16, il était complètement rétabli, et avait recouvré ses forces et son appétit ordinaires.

Ce cas est remarquable par la gravité et la durée des symptômes qui pouvaient faire craindre l'existence d'un épanchement sanguin considérable dans l'encéphale. Toutefois, dit M. Sabatier, la force et la plénitude du pouls existant à une époque déjà éloignée de l'invasion des accidens, la pureté de la respiration, et même l'état complet de résolution et d'immobilité des quatre membres en même temps, me firent espérer qu'il pouvait bien n'y avoir encore qu'une simple mais forte congestion cérébrale. Quoi qu'il en soit de cette opinion, que nous ne partageons pas, sur la signification diagnostique des symptômes, la prompte disparition des accidens prouva qu'il n'y avait pas eu épanchement de sang. (*Lancette française*, t. VII, N.° 128.)

TUMEUR ENCÉPHALOÏDE DU NERF OPTIQUE; *obs. par J. H. Wishart.* — Euretta Douglas, âgée de 13 ans, entra à l'hôpital en février 1832. L'œil droit faisait une saillie considérable hors de l'orbite ; la paupière supérieure distendue et relâchée recouvrait l'œil pendant le sommeil. Lorsque la malade regardait en bas, on sentait manifestement une tumeur ferme vers le point occupé par la glande lacrymale, et s'étendant en dedans et en bas vers le fond de l'orbite. Environ deux ans auparavant, l'œil avait commencé à augmenter de volume, sans douleur préalable et sans aucun phénomène antécédent appréciable. Au bout d'un an, il avait atteint la grosseur qu'il présentait au moment de l'entrée de la malade, et n'avait plus fait de progrès depuis. Pendant les trois premiers mois, rien n'avait été fait; mais ensuite la maladie avait fait des progrès rapides, et le chirurgien consulté à cette époque avait diagnostiqué une hydropisie du globe oculaire. Il fit appliquer des sangsues au-dessus du sourcil, des vésicatoires à la tempe ; il prescrivit des médicamens variés à l'intérieur, sous forme de pilules, de poudres, etc. Il n'en résulta aucune amélioration. Les docteurs Gillespie et Lizars s'étant réunis en consultation avec le docteur Wishart, il fut reconnu qu'on ne pouvait sauver l'œil, et qu'il fallait en faire l'extirpation. Cette opération fut faite le 1.er mars, à la manière ordinaire ; on enleva toutes les parties contenues dans l'orbite. L'hémorrhagie fut considérable ; on l'arrêta en remplissant l'orbite avec de la charpie fine, et en maintenant le tout

par l'application d'une compresse et quelques tours de bande. La malade fut portée dans son lit, et on lui donna une potion opiacée. Deux heures après l'opération, elle n'éprouvait aucune douleur vive, mais seulement de la pesanteur dans le côté droit de la tête ; du reste rien n'entrava le rétablissement de cette jeune fille. La paupière supérieure revint à son volume normal, et la guérison était complète vers le milieu d'avril.

En examinant l'œil après son extirpation, on trouva que la maladie avait son siège dans la substance du nerf optique. Le névrilème, considérablement distendu, formait évidemment l'enveloppe extérieure de la tumeur. L'œil était parfaitement sain, et avait son volume normal. La tumeur était ferme, ressemblait à la substance cérébrale, était de nature cancéreuse (*malignant.*) Le docteur Wishart ne s'attendait pas à une issue aussi favorable. Tous les cas analogues qu'il avait vus s'étaient terminés par la mort, excepté un seul où l'extirpation avait eu lieu de très-bonne heure. Aucun ouvrage de chirurgie ou d'anatomie pathologique n'a offert à ce médecin une altération semblable à celle qui vient d'être décrite. Le fait qui s'en rapproche le plus, suivant lui, est rapporté par le docteur Panizza, dans son ouvrage *Sul fungo midollare* ; il se présenta chez une petite fille de six ans, qui offrit à l'autopsie, non-seulement une petite tumeur qui entourait le nerf optique, mais encore une masse encéphaloïde plus volumineuse de la base du cerveau. (*The Edinb. Med. and Surg. Journ.*, octobre 1833.)

Blessure de l'œsophage, suivie de plusieurs symptômes du choléra. — *Obs. communiquée par M. Lesauvage.* — Je venais de terminer la lecture de la Monographie que le docteur Mondière, de Loudun, a fait insérer dans les *Archives de médecine* (août et septembre 1833), lorsqu'un cas de blessure de l'œsophage s'est offert à mon observation, et m'a présenté certaines particularités capables de jeter quelque jour sur le diagnostic encore si incomplet des lésions de cet organe dans les blessures de la poitrine ; elles étaient accompagnées d'un ensemble de symptômes bien remarquables.

Le nommé Duponchel, âgé de 34 ans, caporal de voltigeurs au 51ᵉ de ligne, reçut en duel, le 11 octobre au matin, un coup de fleuret à travers la poitrine ; il fut porté sur un brancard l'espace d'une demi-lieue, et déposé de suite à l'hôpital où je me rendis peu d'instans après. Le fleuret avait traversé près du bord droit du sternum, au-dessous de la troisième côte, il avait dû arriver à une profondeur de six pouces, être dirigé un peu à gauche et en bas, et conséquemment pénétrer au milieu des principaux vaisseaux de la poitrine. Le malade paraissait près d'expirer, le corps était généralement froid, la figure offrait un grand état d'abattement et était bleuâtre ; le pouls, à peine sensible du côté gauche, était à peu près effacé du côté droit ; les mou-

vemens du cœur étaient mous et tumultueux comme chez certains cholériques. La poitrine présentait dans tous les points un sorte de matité qui fit soupçonner un épanchement; l'oppression était très-prononcée et je regardai l'état du malade comme désespéré. Cependant il conservait sa présence d'esprit; il était tourmenté par un besoin d'uriner qu'il ne pouvait satisfaire; il demandait fréquemment à boire, et parce qu'il avait très-soif, et parce qu'il espérait, comme il l'a dit, favoriser à l'aide des boissons l'écoulement des urines. Vers quatre heures de l'après-midi, le pouls s'éleva un peu, la poitrine parut plus libre et la matité moins forte : alors l'élève de garde fit une application de vingt sangsues autour de la plaie, et par suite la respiration devint plus facile. Dans la nuit le malade éprouva plusieurs vomissemens liquides et glaireux : ils continuèrent jusqu'à dix heures du matin; ils étaient en partie composés de boissons qui avaient été prises avec trop peu de réserve et on remarqua qu'il contenaient beaucoup de sang; cette circonstance fit connaître que l'œsophage avait éte atteint par l'instrument, et ce qui vint confirmer le diagnostic, c'est que le malade éprouvait une douleur assez vive et qu'il rapportait à un pouce au-dessous de la plaie, chaque fois qu'il ingérait ses boissons. Le reste de la journée fut calme, il y eut seulement un peu de fièvre vers 6 heures du soir. Le 13, le pouls était élevé et offrait une certaine résistance, la respiration était beaucoup plus libre, la figure n'était plus altérée et avait perdu sa couleur cyanosée, les urines commencèrent à paraître. Je prescrivis une saignée, et le malade se trouva tellement bien que dans l'après-midi on lui accorda un peu de soupe maigre qui ne réveilla pas plus fortement la douleur produite par le passage des boissons. L'amélioration a continué les jours suivans. Le 18 le malade était en pleine convalescence et put quitter son lit; mais depuis il y a été retenu par une douleur assez vive qui occupe toute la partie postérieure de la jambe droite. J'aurais peine à croire qu'elle pût avoir quelque liaison avec les accidens premiers.

La lésion de l'œsophage a été suffisamment indiquée par la présence d'une assez grande quantité de sang dans les matières vomies, et par la douleur fixe que le malade ressentait à la partie moyenne de la poitrine chaque fois qu'il ingérait ses boissons; à la vérité l'ouverture faite par un instrument très-aigu était trop étroite pour faciliter l'épanchement des liquides dans le trajet de la plaie et le tissu cellulaire du médiastin; de même cette ouverture promptement obturée par le fait du gonflement inflammatoire, n'aurait pu livrer passage aux fluides d'un épanchement, et il est très-probable que c'est la blessure d'un vaisseau de l'œsophage qui aura occasionné une hémorrhagie à l'intérieur des voies digestives. Bien positivement nous n'avons nullement remarqué chez notre malade le hoquet que l'on a

voulu présenter comme un signe pathognomonique de la lésion de l'œsophage. Mais à côté des accidens que je viens d'exposer, l'on a pu remarquer une série de phénomènes que l'on retrouve grouppés dans le choléra; et ce fait que l'on peut appeler rare, que je crois être dans la dépendance d'une lésion traumatique des plexus pulmonaire et cardiaque, me paraît susceptible de donner beaucoup de consistance à quelques-unes des hypothèses qui ont été hazardées sur le siége de la terrible maladie qui porte encore l'effroi dans tant de contrées, et pourra servir de base à quelques-unes des réflexions physiologico-pathologiques que je me propose de publier sur cette matière.

DILATATION ÉNORME DE L'ŒSOPHAGE CAUSANT LA DYSPHAGIE. — *Par Alexander J. Hannay, M. D. professeur, etc.* — J. L. âgé de 38 ans, d'une taille ordinaire, mais bien proportionné, fortement musclé, et vivant d'une manière active, sentait, en mangeant, comme si ses alimens s'arrêtaient dans l'œsophage, un peu au-dessus de l'extrémité inférieure du sternum, ce qui donnait lieu à de pénibles efforts de déglutition. Dans le commencement, il n'avait éprouvé qu'une sensation de malaise à la région épigastrique, déterminée par l'ingestion des alimens. Cette sensation devint de plus en plus pénible, et vers la fin, elle s'élevait parfois jusqu'à un sentiment de suffocation. Cette souffrance était plus vive après un repas copieux, et ordinairement se dissipait lentement; il s'écoulait plusieurs heures avant qu'elle fut complètement effacée. La nature des alimens n'avait aucune influence appréciable sur la douleur, qui était toujours accrue par leur abondance. Le vomissement produisait un soulagement immédiat, et le malade était souvent porté à l'exciter pour faire cesser sa douleur. Après un excès de liqueurs alcoholiques, auxquelles il était très-adonné long temps avant sa mort, la douleur produite par l'ingestion des alimens était augmentée, et le vomissement s'opérait spontanément. Dans ces circonstances, les liquides, comme le thé, suffisaient pour donner lieu à la sensation de suffocation indiquée ci-dessus; quoique ces mêmes liquides ne lui fissent éprouver qu'un léger malaise lorsqu'il usait de sobriété. L'introduction d'une sonde ne faisait reconnaître aucune obstruction. La percussion et l'auscultation ne faisaient reconnaître rien d'anormal dans la poitrine. — Cet homme éprouvait de la difficulté à avaler depuis son enfance, après un coup violent qu'il avait reçu sur la poitrine, et qui n'avait laissé aucune marque extérieure. Depuis cet accident, il avait toujours ressenti plus ou moins de malaise vers la région épigastrique, et ses digestions n'avaient jamais été complètement faciles; mais la mémoire lui manqua pour décrire les circonstances qui avaient accompagné cette lésion, et son récit n'offrait rien de satisfaisant. La dysphagie fit des progrès avec l'âge, sans altérer notablement sa santé générale, et les altérations qu'il présentait du côté du visage, furent plutôt attribuées à son intempé-

rance, qu'à la gêne de la déglutition. Dans les derniers temps, il se plaignit d'une oppression qui s'exaspérait par l'ascension et par un exercice violent. — On ne put prescrire qu'un traitement peu efficace. — Le meilleur remède était la tempérance, qu'on avait peine à obtenir de lui. Un matin, il revint à 3 heures 1/2, d'un souper où il avait bu et mangé avec excès; au lieu de se coucher, il s'endormit sur une chaise. On le trouva mort deux heures à deux heures et demie après, appuyé sur ses genoux, le visage contre un mur, dans la position d'un homme qui prie. Personne ne put rendre compte des derniers symptômes.

Autopsie.—Le visage offrait peu d'altération; le crâne était très-épais. Les membranes du cerveau étaient très-injectées, mais à cela près à l'état normal. Les sinus étaient remplis par un sang noir, grumeux. Les sections du cerveau présentaient de nombreux points rouges. Le plexus choroïde était engorgé, de couleur pourpre-foncé, tandis que la membrane qui tapisse les ventricules offrait son aspect normal. Il n'y avait aucune autre altération morbide. — Les poumons étaient légèrement engorgés de sang et de sérosité sanguinolente. Il contenait quelques masses tuberculeuses solides; du reste ces organes, comme les plexus, étaient sains. En retournant le poumon droit vers le côté gauche de la poitrine, pour le fendre, on découvrit un long sac, situé sur la colonne vertébrale à laquelle il était parallèle, et s'étendant à la partie droite de la poitrine. Il était distendu par un liquide, sa distension était augmentée lorsqu'on comprimait l'estomac, qui à son tour se remplissait lorsque la pression était exercée sur le sac; celui-ci n'était autre chose que l'œsophage énormément dilaté et distendu par les alimens. La dilatation commençait dès l'entrée du canal dans la cavité thoracique. La portion cervicale était normale. Le canal s'élargissait peu à peu jusque vers le milieu de son trajet dans la poitrine. En cet endroit, mesuré lorsqu'il était affaissé et non ouvert, il avait plus de trois pouces de large, et quand il était distendu il avait plus de six pouces de circonférence. La portion thoracique de cet œsophage réclamait à elle seule plus de huit demi-setiers (*gills*) d'eau pour être remplie; dans cet état de plénitude elle offrait le volume du bras d'une personne de 15 à 16 ans. A partir du milieu de la poitrine, elle diminuait graduellement jusqu'à ce qu'elle eût atteint son ouverture diaphragmatique, où elle avait ses dimensions ordinaires. On trouva dans cet œsophage environ une pinte anglaise d'une matière peu foncée, à peu-près semblable à de la purée, composée, indépendamment des liquides, de petits fragmens de volaille, de jambon et de pain qui semblaient avoir séjourné dans l'estomac, et y avoir subi un commencement de digestion. Les parois de ce tube avaient plusieurs fois leur épaisseur normale, et étaient comparativement denses et fermes; elles avaient perdu presque toute trace de texture musculaire;

la section de ces parois rappelait une semelle ou un morceau épais de cuir ; elles offraient une grande vascularité. La membrane interne ou muqueuse était très-injectée, rouge et arborescente ; elle semblait parsemée d'érosions de son épithélium, et était rude et raboteuse au toucher. Quelques portions étaient lisses, et comme elles étaient moins rouges que le reste, elles paraissaient saines ; il n'y avait aucune cause de compression du canal extérieurement à lui ; il ne présentait aucune constriction. L'ouverture par laquelle il communiquait avec l'estomac, était parfaitement libre, et de grandeur ordinaire. Les autres viscères examinés avec soin, n'offrirent rien d'anormal. Dans le cas curieux qui précède, on ne peut pas regarder la dilatation de l'œsophage comme la cause, au moins immédiate, de la mort, puisque la nutrition n'en souffrait en rien. Une dysphagie, même très-légère, produit souvent le marasme, et ce n'est pas une circonstance peu importante dans ce fait, que de voir une dysphagie très-intense coïncider pendant trente années avec toutes les apparences de la santé et le développement de l'appareil musculaire. Lors même que la déglutition était gênée au plus haut degré, une sonde pénétrait dans l'estomac avec la plus grande facilité ; ce dont l'inspection morbide a donné l'explication. Ce fait pathologique démontre l'action de l'œsophage dans l'acte de la déglutition. L'œsophage dilaté comme il l'était, et distendu par les matières alimentaires, constituait une tumeur volumineuse qui comprimait les vaisseaux sanguins, gênant la libre circulation du sang dans la cavité encéphalique, et peut être regardée comme cause des phénomènes apoplectiques que le sujet a présentés à la fin de sa vie.

L'auteur rapproche ensuite de cette observation plusieurs faits qui ont été relatés dans les Mémoires de M. Mondière, insérés dans les *Archives*. (*The Edinburgh Medical and Surgical Journal*, 1er juillet 1833).

Abcès du foie. — *Obs.* Ire — *Par le docteur Roost.* — G. S., agé de 28 ans, charretier, fut admis à l'hôpital St.-Thomas le 25 janvier 1833. Il accusait de vives douleurs vers le cœcum, augmentées par la pression, et s'étendant légèrement en haut le long du trajet de la portion ascendante du colon ; on ne distinguait aucune dureté en cet endroit ; le malade ne pouvait pas se coucher sur le côté droit ; langue blanche au centre, rouge à la pointe et sur les bords ; une selle molle et accompagnée de tranchées tous les jours ; pouls 100, petit et assez dur ; émaciation. G. S. était malade depuis un mois. On crut qu'il était atteint d'une inflammation du cœcum, et il fut traité en conséquence. On fit appliquer vingt-quatre sangsues sur le point douloureux ; on prescrivit une demi-once d'huile de ricin et cinq grains de calomel toutes les six heures ; son alimentation se composa de lait et d'arrow-root. Ce mode de traitement fut continué pendant une quinzaine de

jours, pendant lesquels les sangsues furent appliquées presque tous les jours; la douleur diminua, et le 8 février elle était nulle à la pression, comme sans pression. La bouche était légèrement affectée par le mercure, il fut discontinué. Le 16 février, le malade pouvait se lever; mais il commit un excès de régime, et il fut repris de la douleur et de la fièvre. On prescrivit de nouveau des sangsues et l'huile de ricin, mais le 27 la douleur étant très-vive on reprit le mercure. Au bout de huit jours, il fut abandonné à cause de la diarrhée; l'abdomen était tympanique. La diarrhée fut arrêtée par des lavemens avec l'amidon et le laudanum; alors on reprit le mercure, combiné avec l'opium, et l'on continua les applications de sangsues.

Une tumeur manifeste se fit alors sentir de la région du cœcum jusqu'à l'hypochondre droit et de celui-ci jusqu'au gauche. La résonnance de cette région à la percussion était obscure. Des cataplasmes furent appliqués, la toux devint plus fréquente, la respiration plus précipitée, le son dans la partie inférieure du côté droit de la poitrine mat, et le bruit respiratoire imperceptible au-dessous de la cinquième ou sixième côte. Le 23 mars, une fluctuation circonscrite était évidente dans l'hypochondre droit. Le 26, le docteur Green fit une ponction, et donna issue à quatre pintes et demie d'un pus verdâtre horriblement fétide; huit jours après le malade mourut.

Autopsie. — Le lobe droit du foie était le siége de cet abcès. Le pus était contenu dans deux vastes cavités, communiquant ensemble par une sorte d'ouverture valvulaire. La surface du foie était adhérente aux parois abdominales, et c'était là qu'on avait enfoncé le troquart. La surface convexe du foie était aussi adhérente en grande partie avec le diaphragme; ce muscle était également adhérent avec le poumon droit qui était repoussé en haut jusqu'au niveau de la quatrième côte par le développement de l'abcès. Le poumon lui-même était considérablement refoulé, mais la surface du foie et le diaphragme étaient si amincis, qu'ils auraient probablement bientôt cédé, et que l'abcès aurait crevé dans la cavité thoracique. Le cœcum offrit des traces d'inflammation et même des ulcérations.

Le docteur Roots observe qu'il n'a pas vu plus de six ou sept cas d'abcès du foie. Dans un cas où l'on fit une ponction, il sortit du pus et des hydatides; la malade guérit, et mourut trois ou quatre ans plus tard, phthisique. (*Lond. Med. and Surgical Journal*, 27 juillet 1833).

Obs. II.e — *Par le docteur Stokes.* — Le sujet de cette observation entra à l'hôpital de Meath, avec de la toux, de la douleur dans le côté droit, et une abondante expectoration légèrement teinte de sang. En examinant le malade, on trouva une tumeur dans la région du foie, et une matité correspondante à la percussion. Six semaines auparavant cet homme avait été pris d'une vive douleur vers le foie.

Au bout de trois semaines, sans aucun symptôme de maladie du poumon, il fut pris subitement d'une quinte de toux, et expectora une grande quantité de pus, et il fut observé que lorsque la toux et l'expectoration avaient duré pendant quelque temps, *la tumeur du foie diminuait beaucoup de volume*. Le docteur Stokes en conclut que c'était un cas d'abcès hépatique perforant le diaphragme et s'ouvrant dans la substance du poumon. Cette terminaison est la plus favorable, c'est celle qui est suivie le plus souvent de guérison.

Le docteur Stokes cite un cas d'abcès hépathique qui s'ouvrait à la fois dans le poumon et à l'extérieur. Il n'était pas situé dans le tissu même du foie; mais il était en dehors de ce viscère. (*Lond. Med. and surg. Journ.*, 3 août 1833).

Thérapeutique.

Traitement de la chorée par les bains sulfureux. *Par M. Baudelocque, M. D. de l'hôpital des Enfans.* — Les bains sulfureux n'avaient jamais été employés contre la chorée, lorsqu'au mois de novembre dernier, dit M. B., je fus conduit à les mettre en usage. Voici comment : voulant connaître la valeur des principaux remèdes préconisés pour le traitement de la chorée, j'avais employé comparativement l'expectation, les émissions sanguines, les purgatifs, le sous-carbonate de fer, et les pilules de Méglin. N'obtenant aucune espèce d'amélioration dans l'état des cinq jeunes filles choréiques soumises à ces différens modes de traitement, j'y joignis, sans plus de succès, l'usage d'un bain tiède pris chaque matin. Je pensai alors aux bains froids ; mais je trouvais cruel et dangereux, dans la saison où nous étions, de tenter une pareille médication chez des enfans. Avant d'y avoir recours, l'idée me vint d'essayer si les bains sulfureux ne les remplaceraient pas avantageusement. Je vis mes cinq malades guérir avec une rapidité étonnante. Leurs lits furent bientôt occupés par d'autres choréiques, et les bains sulfureux employés exclusivement, procurèrent un résultat tout aussi satisfaisant. Dans l'espace de cinq mois, *vingt-sept* malades furent soumis à leur usage, et 25 fois la guérison eut lieu. L'efficacité de ce mode de traitement, la facilité de son administration, engagèrent plusieurs de mes collègues à le mettre en usage, M. Bouneau y eut recours chez les garçons ; je ne connais pas le résultat qu'il a obtenu. M. Baffos le prescrivit dans le courant du mois de mars à deux filles couchées dans ses salles, et toutes deux furent guéries. Il paraît que depuis cette époque M. Guersent en a également retiré de bons effets. Il n'a pas été moins avantageux chez une jeune fille qui me fut apportée à la consultation de l'hopital au mois d'avril. Elle était depuis trois mois confiée aux soins d'un des praticiens les plus habiles de Paris, et on désespérait de la guérison. 22 bains sulfureux la rétablirent entièrement. Je n'ai

vu les bains sulfureux échouer que chez une seule malade, dont la chorée est encore aujourd'hui au même degré, quoiqu'on lui ait opposé tous les moyens connus. Les bains sulfureux ont été ordonnés tous les jours, le dimanche excepté. Leur durée était d'environ une heure. — Je n'ai eu qu'à me louer d'avoir accordé aux malades une nourriture proportionnée à leur appétit. Celles qui ne pouvaient exercer la mastication, et le nombre en a été considérable, étaient nourries avec des soupes, du potage en aussi grande quantité qu'elles le désiraient; à mesure que leur état s'améliorait, on y joignait du pain, de la viande à chaque repas, et du vin pur. Lorsque l'appétit diminuait, la guérison cessait de faire des progrès. — J'ai vu plusieurs fois la chorée, après une amélioration remarquable, rester stationnaire. Cela a lieu principalement chez les enfans qui, avant leur entrée à l'hopital, avaient été affaiblis, soit par la diète, soit par les émissions sanguines. Le sous-carbonate de fer secondait alors merveilleusement l'action des bains sulfureux. Je le prescrivais à la dose de 12 grains matin et soir, et presqu'aussitôt on voyait la maladie marcher vers la guérison. » (*Bullet. gen. de thérap.* t. 5, 7me livr. p. 204.)

Ablation d'une tumeur fongueuse de la dure-mère, à l'aide de seize couronnes de trépan; *par M. Bérard jeune.* — Nicolas Guérin, âgé de 59 ans, journalier, se présenta à la consultation de l'hôpital Saint-Antoine, pour une tumeur qu'il portait au sommet de la tête. Elle lui était survenue depuis plusieurs mois, augmentant toujours de volume, et causant de temps en temps des douleurs assez vives; elle était arrondie, du volume d'une petite noix, insensible à la pression, exempte de battemens; elle occupait la partie supérieure gauche du crâne. La peau qui la recouvrait était saine; la nature de cette tumeur me parut difficile à assigner. Je prescrivis quelques frictions sur la tumeur avec une pommade iodurée, et j'engageai le malade à revenir à la consultation. La tumeur continua à grossir. Guérin voyant que los frictions n'avaient pas arrêté la marche de la maladie, alla consulter un médecin de la ville qui prit la tumeur pour un abcès et plongea un bistouri dans son épaisseur; mais au lieu de pus il en sortit une quantité considérable de sang. L'hémorrhagie fut arrêtée avec peine, et le malade alla demander du secours à l'hôpital Saint-Louis, où il fut reçu dans le service de M. Jobert. La tumeur avait alors le volume d'un petit œuf; elle offrait d'ailleurs les caractères indiqués plus haut, et les douleurs étaient devenues plus fréquentes et plus vives. Comme il n'existait aucun symptôme de compression du cerveau, M. Jobert crut à une tumeur cancéreuse développée sous le cuir-chevelu, et il résolut de l'extirper. L'opération fut pratiquée vers le 1.er juin: le cuir-chevelu étant incisé et la tumeur mise à découvert, on commençait à la disséquer et à la détacher des

parois osseuses du crâne, lorsqu'on s'aperçut qu'au moyen d'ouvertures assez larges situées sur les pariétaux, elle s'étendait jusque dans le crâne. M. Jobert n'alla pas plus avant, et il se contenta d'enlever toute la portion de la tumeur située au-dehors, et de ruginer les pariétaux. On put voir alors évidemment les ouvertures des parois osseuses à travers lesquelles on distinguait le reste de la tumeur, alternativement abaissée et soulevée par les pulsations du cerveau. Ces pulsations ne paraissaient nullement avant l'opération, et leur absence avait contribué surtout à l'erreur du diagnostic. Après cette opération incomplète, le malade n'eut aucun accident; même les douleurs qu'il ressentait avant dans la tête avaient disparu tout-à-fait; il existait une large plaie qui fournissait une suppuration très-abondante. Par les ouvertures du crâne la tumeur, contenue dans l'intérieur, s'étendit rapidement au-dehors, et au bout de quelques jours on ne put découvrir les perforations. Les pulsations étaient toujours très-évidentes; il s'échappait de l'air par les bords de la tumeur. Les chairs fongueuses qui occupaient la plaie, augmentant toujours, on ne put enfin que distinguer difficilement les pulsations, mais il n'existait ni douleur, ni aucun signe qui indiquât une compression du cerveau.

Le malade était dans cet état lorsqu'il sortit de l'hôpital le 19 juillet. C'est alors qu'il vint pour la seconde fois à l'hôpital Saint-Antoine; voici l'état dans lequel il se trouvait au moment où il entra à l'hôpital : la tête présente à son sommet une tumeur du volume du poing, ulcérée dans une partie de son étendue; cette tumeur s'étend en avant jusqu'au sommet du front; elle s'étend dans la fosse temporale gauche, et dépasse à droite d'un pouce et demi la ligne médiane du corps; elle forme un relief de deux pouces de haut vers son milieu; la base élargie et aplatie à-peu-près quatre pouces d'avant en arrière, et trois et demi transversalement. Cette tumeur est divisée en deux parties latérales par un ulcère profond qui laisse couler une suppuration abondante, et dont les bords sont renversés au-dehors. Plusieurs ouvertures fistuleuses aboutissent à sa surface. Si on engage un stylet dans ces ouvertures on le fait pénétrer profondément à l'intérieur du crâne, et l'on sent en quelques points la surface nue et inégale de l'ouverture osseuse par laquelle sort la tumeur. Le reste de la tumeur est recouvert par les tégumens, qui ont conservé leur intégrité. La masse entière est soulevée par des battemens isochrones à ceux du pouls. La compression exercée à la fois sur les artères temporales superficielles et occipitales, n'a aucune influence sur ces battemens. Cette dernière circonstance démontrait évidemment la libre communication de la tumeur avec l'intérieur du crâne. Il n'était plus possible de méconnaître l'existence d'une de ces productions accidentelles qui ont été décrites sous le nom de tumeurs fongueuses de la dure-

mère. Une circonstance cependant retint mon diagnostic en suspens (1), et elle est digne d'être notée. Le malade n'avait jamais éprouvé d'accidens cérébraux, tels qu'hémiplégie, convulsions, perte de mémoire, d'un ou plusieurs sens, etc., et la compression même assez forte de la tumeur, que j'exerçai à différentes reprises, n'altéra en aucune façon les fonctions cérébrales. Ainsi donc une tumeur fongueuse de la dure-mère peut arriver à son dernier degré de développement sans être accompagnée des symptômes qui, d'après le dire des auteurs, sont inévitablement liés à son existence.

Connaissant l'inefficacité de tous les traitemens employés jusqu'à ce jour par les chirurgiens contre cette fâcheuse maladie, je me décidai promptement à suivre le conseil donné par M. Boyer, dans son *Traité de chirurgie*, et qui consiste à cerner, à l'aide de couronnes de trépan, toute la portion du crâne par laquelle sort la tumeur, afin d'enlever avec celle-ci une partie saine de la circonférence de la dure-mère qui la supporte. Le volume de la masse morbide n'était pas un obstacle, puisque tous les jours on enlève des masses cancéreuses et autres de dimensions bien plus considérables. D'autre part, les observations ne manquent pas dans les auteurs, d'énormes solutions de continuité des parois du crâne avec dénudation et quelquefois même lésion de la substance cérébrale, qui ont été suivies de guérison. D'ailleurs mon malade jouissait d'une santé parfaite; et, chose extrêmement rare dans l'histoire des fongus de la dure-mère, il avait résisté à deux opérations dans lesquelles la masse morbide avait été divisée par l'instrument tranchant. Quelques ganglions lymphatiques engorgés sur les côtés de la mâchoire et du cou, ne me parurent pas une contre-indication à l'opération. Ne voit-on pas tous les jours ces engorgemens exister sur le trajet des lymphatiques qui proviennent de parties malades, et disparaître lorsque l'affection qui les a fait naître est elle-même guérie? Enfin Guérin, encore dans l'âge adulte, plein de courage, et souhaitant ardemment d'être débarrassé de sa tumeur, je procédai à l'opération de la façon suivante :

Le malade fut couché et la tête placée comme pour pratiquer l'opération du trépan. Je fis une incision parallèle au bord droit de la surface ulcérée sur la peau saine à trois à quatre lignes de l'ulcère. Cette incision dépassait de près d'un pouce en arrière et en avant la base de la tumeur. Une seconde incision partant à une pareille distance de la base de la tumeur à droite, vint tomber perpendiculairement sur le milieu de la première. Ces incisions comprenaient toute l'épaisseur de la peau, la couche graisseuse sous-cutanée et l'aponévrose occipito-

(1) Ce n'est que depuis la mort du malade que j'ai été instruit des circonstances qui s'étaient offertes à M. Jobert pendant l'opération, et qui ne pouvaient laisser aucun doute sur la nature de la tumeur.

frontale. Toute la partie droite de la tumeur fût alors mise à découvert jusqu'à sa base. Les lambeaux de peau étant renversés, le crâne fut rugine, et six couronnes de trépan furent successivement appliquées, de telle sorte, qu'un intervalle d'une ligne à deux existait entre chacune d'elles, et que la partie de leur circonférence la plus rapprochée de la tumeur était peu distante de la perforation du crâne. Les points de substance osseuse qui séparaient chaque couronne, furent coupés avec les tenailles incisives. Le malade supporta sans se plaindre cette première partie d'opération, qui avait duré près de trois quarts d'heure. Un tiers de la circonférence de la tumeur se trouvait cerné par ces six ouvertures. Prévoyant que l'opération durerait encore longtemps, je craignis, en l'achevant dans une séance, d'épuiser les forces du malade. En conséquence je fis un pansement simple et le patient retourna de la salle d'opération à son lit, en s'appuyant sur le bras de l'infirmier. La journée et la nuit se passèrent sans aucun accident : loin de là, les souffrances que lui causait sa tumeur furent, comme après l'ablation incomplète de M. Jobert, beaucoup moins vives.

Le lendemain j'achevai de cerner la base de la tumeur en conservant toutes les parties saines de la peau. Il fallut appliquer dix nouvelles couronnes de trépan. Voici quels sont les os du crâne qui ont été térébrés : le frontal, les deux pariétaux, le temporal gauche, la grande aile du sphénoïde du même côté ; le nombre des couronnes de trépan sur chaque os est distribué de la manière suivante : frontal, 5 ; pariétal droit, 4 ; pariétal gauche, 5 ; partie supérieure de la portion squammeuse du temporal, 1 ; extrémité de la grande aile du sphénoïde 1. La totalité de l'ouverture a une forme ovalaire dont le grand diamètre est antéropostérieur. Ce diamètre mesuré au pied métrique a cinq pouces d'étendue ; le tranversal a quatre pouces cinq lignes. La dure-mère circulairement découverte était saine, excepté dans la partie la plus concentrique de quelques-unes des ouvertures postérieures, où elle présentait des granulations tuberculeuses de nature cancéreuse, qui avaient déjà usé la table interne du crâne dans le point qui leur correspond. Le malade supporta cette nouvelle partie de l'opération avec le même calme que la veille. Tous les trous du trépan étant réunis à l'aide des tenailles incisives, il ne restait, pour terminer l'opération, qu'à couper circulairement la dure-mère. Pour cela, je saisis cette membrane avec des pinces à dissection, et j'incisai le pli avec le bistouri ; la première ouverture fut agrandie avec des ciseaux courbes et à pointes mousses, bientôt je pus passer le doigt indicateur gauche entre le cerveau et la dure-mère, et je coupai sur ce doigt, avec le bistouri, la moitié de la circonférence de la dure-mère, m'arrêtant en avant et en arrière à la faux du cerveau. Je détachai de la même façon la partie gauche de la circonférence de la dure-mère ; l'incision de la membrane au niveau d'une des branches principales de l'artère

méningée moyenne fut suivie d'un écoulement de sang qui fut arrêté avec un morceau d'agaric, maintenu par le bout du doigt. Toute la circonférence de la tumeur était incisée, mais elle tenait encore d'avant en arrière dans son milieu par la faux de la dure-mère, il fallait couper celle-ci au niveau de son bord supérieur, et par conséquent diviser le sinus longitudinal supérieur. J'avais pensé que la tumeur dans son développement devait avoir, en partie, effacé la cavité du sinus, et que les veines dorsales du cerveau devaient être presque toutes oblitérées. Cette opinion se trouva bien fondée; aussi la section de la faux et celles des veines qui se rendent au sinus, que je fis d'avant en arrière avec le bistouri, en soulevant avec la main gauche les deux moitiés latérales de la tumeur qui se relevaient comme les deux valves d'un panier, cette section, dis-je, ne fut suivie de l'écoulement que d'une petite quantité de sang.

L'opération terminée, on aperçut la surface des circonvolutions cérébrales couverte par la pie-mère, et l'arachnoïde viscérale agitée des mouvemens d'élévation et d'abaissement isochrones aux contractions du cœur. Quelques secondes s'étaient à peine écoulées que le malade fut pris de perte connaissance et de mouvemens convulsifs du tronc et des membres. Pensant que la brusque soustraction d'une partie de l'enveloppe résistante du cerveau causait ces accidens, j'appliquai de suite sur toute la partie dénudée de l'organe un morceau d'agaric, sur lequel je pressai modérément avec la paume de la main. Bientôt l'on vit cesser les convulsions et revenir l'intelligence. La rapidité avec laquelle cette manœuvre fut suivie de la disparition des accidens ne permet guère de douter que c'est par elle que le malade fut rappelé à lui même. Ce fait tend à prouver que le trouble qui survient dans les fonctions de l'encéphale, lorsqu'une grande partie de sa surface est à découvert, phénomène que les expériences sur les animaux ont déjà mis à même d'observer, provient, non de la pression atmosphérique, puisqu'ici cette pression s'exerçait avec autant d'énergie avant qu'après l'opération, vu la vaste perforation qui existait aux parois du crâne, mais de la suppression d'une partie de l'enveloppe résistante de l'encéphale, suppression qui a été le résultat de la section de la dure-mère, dont la face profonde avait, ainsi que je le dirai plus loin, conservé partout son intégrité.

Des gâteaux de charpie furent appliqués sur l'agaric, puis des compresses et une bande qui maintint le tout, et continua la compression que la main exerçait par le moyen de quelques tours jetés du sommet de la tête sous le menton. Le malade fut reporté dans son lit. Ce second temps de l'opération avait duré près d'une heure et demie; il y avait eu une effusion de sang assez considérable. Cependant le pouls, qui avait disparu au moment où les convulsions étaient survenues, reprit peu-à-peu de la force, et la journée et la nuit se passèrent sans acci-

dent et sans le plus léger trouble du côté des fonctions de l'encéphale. Mais le lendemain dans la matinée il survint du délire ; les traits de la face s'altérèrent profondément ; il s'y joignit quelques grincemens de dents, une aphonie complète, et des mouvemens désordonnés des membres. Une petite saignée et l'application d'eau glacée sur la tête ne purent arrêter la marche des accidens. Le pouls s'affaiblit de plus en plus, et après des alternatives de prostration complète et d'agitation, le malade s'éteignit à sept heures du soir, trente-quatre heures après l'ablation de la tumeur.

Immédiatement après l'opération, je fis l'examen de la masse morbide enlevée, en présence de MM. Kapeler et Bérard aîné, de plusieurs autres médecins, et d'un grand nombre d'élèves qui avaient assisté à cette longue et laborieuse séance. Nous constatâmes que la tumeur provenait de la surface extérieure de la dure-mère ; qu'elle sortait du crâne par une large ouverture, unique, irrégulière, taillée en biseau aux dépens de la base interne du crâne ; que sa base s'étendait au-dessous du crâne, en envoyant de petits prolongemens sur la face externe de la dure-mère jusqu'aux environs des parties que les couronnes de trépan avaient mises à découvert. Son tissu était semblable à la substance cérébrale. La masse entière était évidemment un cancer encéphaloïde. La surface intérieure de la dure-mère était saine dans toute son étendue. Le sinus longitudinal supérieur avait été enlevé avec le bord supérieur de la faux. Sa cavité était presque entièrement oblitérée. La circonférence de la dure-mère incisée était parfaitement saine ; ensorte que la tumeur cancéreuse avait été enlevée en totalité. L'examen du cadavre fit voir une inflammation de la surface des circonvolutions cérébrales, dont la substance était rouge et ramollie, adhérente à la pie-mère. Une exsudation pseudo-membraneuse était infiltrée dans l'épaisseur de cette dernière membrane et à la surface de l'arachnoïde dans tous les points de la voûte du crâne, et cette altération s'étendait en arrière jusque sur le cervelet. Les poumons furent trouvés engoués et infiltrés d'une quantité considérable de sérosité spumeuse. Les ganglions du cou étaient augmentés de volume ; mais ils ne renfermaient aucune trace de substance encéphaloïde. Tous les autres organes étaient sains. » (*Gazette méd.* t. I, 1833, n° 70.)

Effets avantageux de la compression dans un cas de météorisme abdominal. — *Obs. par M. Gaussail, D. M.* — La nommée G. âgée de 68 ans, jouissant habituellement d'une bonne santé, reste occupée toute la journée du 10 novembre 1832, à laver du linge à la rivière ; rentrée chez elle vers le soir et n'ayant pris que peu d'alimens pendant le jour, elle soupe avec des haricots, se couche presque immédiatement après ce repas, et passe la nuit dans l'insomnie et un peu d'agitation. Le lendemain matin sentiment de malaise et de pesanteur dans tout le ventre, qui néanmoins n'est ni tuméfié ni

douloureux ; dégoût prononcé pour les alimens, bouche pâteuse, amère ; du reste point de fièvre : le docteur G. crut ne devoir opposer à ce dérangement des fonctions digestives qu'une infusion de thé d'abord, puis l'usage de boisson délayantes acidulées pour la journée. Le lendemain 12, il est mandé en toute hâte : depuis le milieu de la nuit la malade se plaint de coliques vives ; décubitus sur le dos ; traits commençant à se gripper ; l'abdomen, plus volumineux que la veille, ne devient cependant douloureux qu'à une forte pression ; la percussion donne un son tympanique, surtout dans la région moyenne et supérieure du ventre ; éructations de temps à autre ; pouls petit et concentré. (La malade est depuis long-temps sujette aux hémorrhoïdes et habituellement constipée.) *Prescription*, 12 sangsues à l'anus, fumigat. émoll. ; orge, lavement huileux pour le soir ; diète. Le 13, augmentation de la distension du ventre ; éructations plus rapprochées ; point de selles ni d'émissions de gaz par l'anus ; l'anxiété et l'abattement vont croissant. (10 sangsues au pourtour de l'ombilic ; potion purg. huileuse ; lavem. huileux ; infus. de sm. d'anis.) Aucun changement dans l'état de la malade. Pendant les trois jours suivans, le docteur G. emploie vainement les bains, les applications d'eau vinaigrée froide, le sel de nitre et le camphre en potions, en lavemens, les lavemens fortement purgatifs ; l'ammoniaque liquide, l'aspiration du gaz à l'aide d'une sonde introduite aussi avant que possible dans le rectum et d'une seringue. L'état de la malade s'aggrave rapidement. Le 17, le ventre est énormement ballonné ; à travers ses parois la vue suit aisément la circonvolution de l'intestin grêle ; respiration courte et laborieuse ; éructations presque continuelles. Les boissons sont rendues aussitôt après leur ingestion ; des matières demi-liquides et fétides sont également rejetées à des intervalles éloignés d'abord et qui se rapprochent de plus en plus. Les vomissemens se font sans efforts, et comme par une sorte de régurgitation. Point d'évacuation par l'anus ; pouls dépressible, misérable ; peau aride ; facies profondément altéré.

Il restait à faire la ponction de l'intestin ; certaines circonstances empêchèrent de recourir à ce moyen. Il vint alors à l'idée de M. G. d'employer la compression : des linges pliés en plusieurs doubles sont appliqués sur la partie la plus proéminente de l'abdomen, et maintenus par un large bandage de corps qui est serré avec une certaine force. Cette constriction est d'abord péniblement supportée ; la malade souffre et supplie pour qu'on la débarasse de cet appareil. Il survient quelques menaces de syncope, mais au bout de quelques instans le calme se rétablit ; deux heures après la malade est dans un état meilleur. L'appareil compressif est relâché ; le ventre est notablement abaissé. Des gaz s'étaient échappés en grande quantité par la bouche. Le bandage est de nouveau serré, et il se fait

immédiatement de nombreuses et longues émissions de gaz, beaucoup plus par la bouche que par l'anus. Le soir, le bandage se trouve de nouveau relâché, le ventre est totalement affaissé, et la peau sillonée d'une multitude de petites rides. Les vents ne sont rendus que rarement; le pouls s'est relevé; la souffrance et l'anxiété qui se peignaient sur la physionomie, sont remplacées par une expression de bien être et de contentement. L'application de bandage est continuée pendant 3 jours, la convalescence se soutient, des pilules purgatives sont administrées pendant quelques jours; des alimens de plus en plus substantiels sont pris peu à peu. Enfin le 1.er décembre, la guérison est complète. (*Journ. univ. et hebdomad. de Méd. et de chir. prat.* f. 13, n.° 163, p. 201.)

Obstétrique.

RÉTENTION D'UN FOETUS ET D'UNE PORTION DU PLACENTA. — *Obs. par Shorland, Chirurgien.* — Jeanne Finney, âgé de 19 ans, d'un tempérament nerveux et sanguin, ayant éprouvé une vive frayeur vers les premiers jours de janvier 1828, commença à sentir les douleurs de l'enfantement un mois avant l'époque présumée. Comme elle avait toujours joui d'une bonne santé, elle n'appela un médecin que quand les douleurs furent devenues extrêmement violentes, au bout de 4 à 5 jours. L'accoucheur conseilla des moyens propres à reculer le travail jusqu'à l'époque normale, il la saigna deux fois dans la journée et lui prescrivit des médicamens appropriés. Les douleurs furent suspendues pendant 48 heures, mais elles revinrent avec plus de violence, et au bout de deux jours le travail se termina le 14 janvier à 10 heures du soir par la sortie d'un fœtus femelle de petites dimensions : le bassin étant petit quoique bien conformé et l'enfant étant venu par les fesses, la tête ne fut extraite que plus d'une heure après la sortie du corps. Cette extraction fut confiée à la garde malade. L'enfant était mort. Le placenta ne sortant pas aussi promptement qu'à l'ordinaire fut aussi extrait avec effort, comme on en jugea à la vive douleur qui fut déterminée par les tractions sur le cordon. Une hémorrhagie abondante suivit cette opération et réduisit la malade au dernier degré d'affaiblissement. Quelque temps après, des douleurs aussi violentes que pendant le travail reparurent et furent prises par la garde malade pour les tranchées ordinaires et furent soulagées en partie par des doses répétées d'opium pendant 3 ou 4 jours. — A cette époque, le ventre étant toujours aussi volumineux qu'avant l'accouchement, le médecin fut prié d'examiner ce que ce pouvait être, et il dit que quelque chose était sans doute resté dans l'utérus, mais qu'il était trop tard pour en faire l'extraction, et que la sortie ne tarderait pas à s'en opérer spontanément. — Depuis ce temps, cette femme ne cessa d'éprouver

des douleurs qui se renouvelèrent à des intervalles rapprochés, et un écoulement continuel par le vagin d'un liquide vert foncé et fétide; au bout de 4 ou 6 mois, une masse volumineuse et d'apparence charnue s'échappa à travers les parties génitales. Malgré cela les douleurs et l'écoulement continuèrent. Cette femme s'étant embarquée le 14 mai 1829, souffrit considérablement du mal de mer; les violens efforts de vomissemens qu'elle fit déterminèrent l'expulsion hors de l'utérus de plusieurs masses volumineuses dont on ne put constater la nature.

La malade était très-affaiblie, l'utérus était dur et développé, son orifice était dilaté et bouché par un os large qui ne pouvait être écarté et ne permettait pas l'introduction du doigt. Quoique permanent, l'écoulement avait cependant diminué, excepté aux époques de la menstruation, où une énorme quantité de liquide s'accumulait dans la matrice; alors il arrivait souvent que par un mouvement brusque du corps ou quand la malade était couchée, ce liquide s'échappait avec force et entraînait quelques fragmens osseux. De cette manière, en peu de jours l'os dont il vient d'être parlé, ainsi que plusieurs autres dans la suite, furent évacués sans beaucoup de douleur en février 1830. Rien ne parut rester dans l'utérus dont l'orifice était dur et d'apparence squirreuse. Dans le mois suivant de vives douleurs de matrice se propageant dans le côté droit exigèrent la saignée et un traitement antiphlogistique. Depuis ce moment, par l'emploi des toniques et d'un exercice modéré, elle recouvra presqu'entièrement sa santé ordinaire; on ne put s'assurer si la menstruation se serait rétablie, car elle devint enceinte en juillet 1830. En mars 1831, après un travail naturel de 15 heures, elle accoucha d'un enfant de petites dimensions, qui ne paraissait pas à terme et qui ne vécut que 12 heures. Depuis ce temps elle s'est bien portée, et en septembre 1831 elle était au troisième mois de sa troisième grossesse. (*London Medical and Surg. Journ.*, septembre 1832.)

Médecine-légale.

Blessure par arme a feu chargée a balle, simulant une blessure par arme chargée a plomb.— *Obs. par M. Jacquemin.*— N., vieillard infirme, détenu à la Force pour mendicité, reçut, étant à la grille d'une fenêtre, un coup de fusil d'un factionnaire. Le docteur J. le vit aussitôt. Les vêtemens ayant été enlevés, on remarqua sur le bras, l'épaule, le col, la joue du côté gauche, une multitude de petites plaies, les unes linéaires, les autres de forme plus ou moins régulièrement arrondie; il en fut compté une quarantaine. On ne mit pas en doute qu'elles ne fussent produites par un coup de fusil chargé à plomb, qui aurait frappé obliquement. Cependant on acquit la cer-

titude, que l'arme avait été chargée avec une cartouche de guerre; le docteur J., ayant été sur le lieu de l'évènement, remarqua sur un des barreaux un enfoncement régulier semblable à celui que produirait l'impression du pouce sur une pâte molle. L'éclat brillant de cette cavité contrastant avec la couleur noire des barreaux, prouvait qu'elle était toute récente; sur l'appui de la fenêtre se trouvait une multitude de petits fragmens de plomb formant ou de petites écailles ou des lamelles contournées sur elles-mêmes comme les petits copeaux qui se produisent dans l'action de tourner les métaux. Dans la baie et le chassis de la fenêtre, se voyaient incrustés plusieurs petits éclats semblables; il était dès-lors de toute évidence que la balle animée d'une grande force d'impulsion, (40 pieds de distance) par son choc sur le barreau très-fort, s'était en quelque sorte pulvérisée, et que les granulations avaient été lancées sur les corps environnans. Il est à remarquer que c'est tout à fait sur un angle du barreau quadrangulaire que la balle a frappé, circonstance qui dut être la cause déterminante de la division du métal. Le docteur J. retira des plaies un grand nombre de petits morceaux de plomb, d'autres sortirent avec la suppuration, il ne survint pas d'accidens; la guérison était complète le vingtième jour. — Le docteur J. remarque avec raison qu'il est bon de constater, pour la médecine légale où il est souvent d'un haut intérêt de déterminer la forme du corps vulnérant, qu'une arme à feu chargée à balle peut produire une blessure analogue à celle qui serait produite par une arme à feu chargée à plomb de chasse ou à mitraille. (*Transact. Médic.* T. 14. oct. 1833.)

Pharmacologie.

De la créosote et de ses propriétés. — *Extrait des Mémoires publiés par M. Reichenbach dans les Annales de Schweigger Seidel*, t. V, VI et VII; *par M. Valet.* — La créosote est une substance nouvelle trouvée d'abord dans l'acide pyroligneux, puis dans tous les goudrons, par M. Reichenbach, en examinant les produits de la distillation des corps végétaux. Ce nom lui a été donné par ce chimiste en raison de la propriété qu'elle a de conserver la chair musculaire (κρέας, κρεᾶς, chair; σώζω, conserver.) Cette substance est un liquide huileux, incolore, transparent, jouissant d'une grande réfrangibilité; son odeur est pénétrante, désagréable, rappelant celle de la viande fumée; sa saveur brûlante et très-caustique; sa consistance est celle de l'huile d'amandes. Sa pesanteur spécifique est de 1,037; elle bout à 203° centigr., et n'est pas encore congelée à 27°. Elle brûle avec une flamme fortement fuligineuse. Elle n'est pas conductrice de l'électricité. Elle forme à 20° avec l'eau deux combinaisons différentes : l'une est une solution de 1 $\frac{1}{4}$ de partie de créosote dans 100 p. d'eau; l'autre en contient 10 p. cette solution ne change la couleur ni du tournesol ni du curcuma, et

n'est neutralisée ni par les acides, ni par les alcalis; elle forme pourtant de nombreux et intéressans composés avec ces deux classes de corps. — Mais de toutes les propriétés de la créosote, les plus intéressantes sont les suivantes: Aussitôt qu'elle est en contact avec le blanc d'œuf, celui-ci se coagule; si dans une solution aqueuse et étendue de ce dernier corps on verse une seule goutte de créosote, elle est de suite enveloppée par des pellicules blanches d'albumine coagulée. Lorsqu'après avoir mis la chair fraîche dans une solution de créosote pendant une demi-heure ou une heure, on la fait sécher, on peut l'exposer à la chaleur du soleil sans qu'elle entre en putréfaction; elle se durcit dans l'espace de huit jours, prend une odeur agréable de bonne viande fumée, et la couleur passe au rouge-brun. On peut conserver des poissons par le même moyen; or, comme l'acide pyrogneux et l'eau de goudron produisent le même effet, il n'est pas douteux que la créosote ne soit le principe conservateur anti-putride de ces liquides, ainsi que de la fumée. Mise en contact avec le sang, la créosote en coagule aussitôt l'albumine, et empêche par conséquent la putréfaction de la chair animale, puisque la fibre musculaire ne paraît pas susceptible de cette putréfaction.

L'action de la créosote sur l'économie animale est délétère. Mise sur la langue, elle occasionne une violente douleur. Lorsqu'on verse de cette substance concentrée sur la peau, elle détruit l'épiderme. Des insectes et des poissons jetés dans une solution de créosote ne tardèrent pas à y périr; les plantes meurent aussi lorsqu'on les arrose avec cette solution. Cette action vénéneuse est probablement due à la même propriété qui rend la créosote apte à préserver la chair morte de la putréfaction, celle de coaguler l'albumine.

Présumant que le goudron, l'acide pyroligneux, l'huile animale de Dippel et surtout *l'eau empyreumatique*, préparation plus récente dont on rapporte d'heureux effets obtenus dans le traitement des cancers et des gangrènes, (1) devaient leurs proprietés à la créosote, M. Reichenbach a fait faire des expériences avec cette substance concentrée et étendue. Suivant lui, elle aurait operé une prompte guérison dans des cas de carie, de cancer, d'ulcère carcimonateux, etc. Un malade atteint de *phthisie pulmonaire au dernier degré* aurait même été rendu à la santé par l'usage intérieur de la créosote. — M. Schweiger Seiel a examiné comparativement l'eau de créosote et *l'eau artérielle de B inelli*, et il pense que la kréosote est la base de ce liquide hémostatique; mais que celui-ci n'est qu'une solution extrêmement faible de cette substance.

---

(1) Cette eau empyreumatique se prépare en ajoutant à chaud de la craie à de l'acide pyroligneux ordinaire jusqu'à cessation de l'effervescence, et en retirant par la distillation un peu plus de la moitié de la liqueur.

M. Reichenbach, avons-nous dit, a fait faire des expériences pour constater les propriétés thérapeutiques de la créosote; mais peu favorablement placé pour cela, il avoue n'en donner les résultats que pour en provoquer de plus étendues et de plus précises.

Employée pour le cas de *brûlure*, la créosote a produit des guérisons promptes. Une femme s'était brûlé le bras avec un fer à repasser, la brûlure avait cinq pouces de long sur deux de large : la plaie fut d'abord traitée par une solution d'acétate de plomb et passa à la suppuration ; alors elle fut pansée quatre fois par jour avec un linge imbibé d'une faible solution de créosote dans l'eau. Cette application produisit d'abord de la cuisson ; la suppuration cessa bientôt. En trois jours l'inflammation disparut ; en huit jours la guérison était opérée. Des brûlures faites par de l'eau bouillante furent guéries en trois jours par l'eau de créosote.

M. R. cite des faits de guérisons de *gale* et d'autres *éruptions cutanées* par la créosote, mais les observations ne sont pas assez précises pour bien juger ces faits. Diverses éruptions chroniques disparurent en quelques jours par ce moyen. Une servante, âgée de 32 ans, portait depuis neuf ans des dartres squammeuses aux mains et aux bras. Pendant cet espace de temps, son affection avait disparu une fois durant une grossesse, mais elle était revenue. La malade fit d'abord usage d'eau de créosote, puis on la frotta avec de la créosote pure, il s'ensuivit sur toute la surface malade une irritation générale, à la suite de laquelle la guérison eut lieu avec desquammation. La personne rentra alors en service, elle y est depuis neuf mois avec une santé parfaite.

Beaucoup d'enfans dont les *gerçures* ne cédaient pas à l'emploi de la poudre de lycopode, n'eurent besoin que de quelques lotions avec de l'eau de créosote, et le mal disparut sur le champ.

Des ulcères carieux aux pieds, durant depuis longtemps, furent guéris par des applications d'eau de créosote renouvelées plusieurs fois par jour.

L'odontalgie produite par la carie dentaire est instantanément dissipée par la créosote. Le plus souvent il suffit de se gargariser simplement avec de l'eau de créosote, mais il est plus sûr de mettre une goutte de créosote dans la dent creuse préalablement nétoyée. M. R. croit même qu'on peut espérer de guérir la carie dentaire ! !

Des *ulcères*, des *suppurations de mauvaise nature*, ont été guéris par ce moyen. Un paysan avait depuis trois ans un ulcère scrofuleux au visage. Les glandes du cou étaient devenues aussi grosses que des œufs de poule ; la joue présentait un ulcère de trois pouces de long, et la moitié du nez était rongée ; il avait été traité d'abord par les mercuriaux, la ciguë et autres remèdes de toute sorte ; on lava la plaie avec de l'eau de créosote, on y mit une compresse de la même liqueur, et on en enduisit les bords avec de la créosote pure. L'écoulement de

sang cessa de suite, la suppuration se tarit, les glandes revinrent à leur état naturel, et la guérison ne tarda pas à s'achever. M. R. cite le fait d'une tumeur blanche du genou ulcérée qui guérit. L'affection datait de deux ans; le malade était dans le marasme. On porta dans le fond de la plaie la charpie imbibée d'abord d'eau de créosote, puis de créosote pure. Le gonflement cessa, les parties malades s'exfolièrent.

Toutes les *plaies* faites avec des couteaux, par des instrumens piquans ou par des alcalis caustiques, n'ont point suppuré lorsqu'on les a enduites de créosote : elles se sont guéries en se desséchant.

La créosote, comme il a été dit, a été administrée à l'intérieur. Les deux cas que cite M. R. sont assez remarquables, sans qu'on puisse préjuger toutefois l'efficacité de ce médicament dans la phthisie pulmonaire. Un ouvrier de forge à Blansko, que l'on regardait comme atteint de phthisie pulmonaire, traînait depuis plusieurs années. C'était surtout au printemps et en automne qu'il éprouvait des accès de toux et de fièvre; il ne pouvait se coucher sur un côté; de temps à autre ses crachats étaient verdâtres, purulens, mêlés de sang. On l'avait d'abord traité par du sulfure d'or, qui ne faisait plus rien. Après qu'il eût souffert pendant six jours d'une hémoptysie, on lui donna pendant quatre jours quatre à cinq gouttes de créosote avec du sucre ; en vingt-quatre heures le crachement de sang s'apaisa ; la douleur de côté cessa, la respiration devint plus facile, la fièvre disparut et la guérison s'en suivit. (*Journ. de pharmacie*, octob. 1833, et *Bullet. gén. de thérap.* t. 5. 9e livr.)

Académie royale de Médecine.

Séance du 2 novembre. — Accouchement dans les positions occipito-postérieures. — M. Capuron lit un mémoire pour prouver, non-seulement que les positions occipito-postérieures de l'enfant sont moins favorables que les positions occipito-antérieures, mais même que l'accouchement en ce cas est difficile, impossible sans les secours de l'art, et ne peut se faire que si le bassin de la mère a plus de largeur, ou la tête de l'enfant moins de volume que dans l'état normal. Il commence par citer sept observations justificatives de sa proposition, c'est-à-dire, dans lesquelles l'enfant présentant la face du côté de la symphyse du pubis, l'accouchement ne pouvait se faire, et nécessita l'application du forceps : s'il n'en cite pas davantage, c'est que la présentation occipito-postérieure est assez rare, est avec la présentation occipito-antérieure dans le rapport de 1 à 100, et qu'il ne l'a guères vue que trente fois sur 3,000 à 3,500 accouchemens auxquels il a assisté. Il établit ensuite que la théorie confirme ce que lui a montré à cet égard la pratique. En effet, pour que la tête

sortît dans la présentation occipito-postérieure, il faudrait que la tête, après être arrivée dans l'excavation, eût son diamètre occipito-mentonnier dans la direction de l'axe du détroit inférieur ; qu'ainsi l'occiput fût poussé en avant, tandis que le menton reculerait en haut contre l'angle du sacrum ; or, le col de l'enfant qui se trouve entre le sacrum et le menton rend impossible ce mouvement. D'autre part, la matrice agit dans la direction d'une ligne qui s'étend de l'ombilic au coccyx ; c'est sur l'occiput que convergent tous les efforts ; et comme le périnée résiste et que le menton ne peut reculer, il en résulte que cet occiput est poussé dans une direction dans laquelle sa sortie est impossible. M. Capuron termine en disant, qu'il faut cesser de regarder comme positions d'accouchement naturel les positions occipito-postérieures.

M. P. Dubois obtient la parole sur le mémoire de M. Capuron : selon lui, c'est à tort qu'on partage la circonférence du détroit supérieur du petit bassin en deux moitiés, une antérieure à laquelle on rapporte les trois présentations dites *occipito-antérieures*, et une postérieure à laquelle on rapporte les trois présentations dites *occipito-postérieures*. Il faut, dit-il, se représenter le bassin comme composé de deux moitiés latérales qui dirigent l'occiput presque invariablement d'arrière en avant, quel que soit le point de ces deux moitiés où était probablement cet occiput, et qui par conséquent par un mouvement de rotation plus ou moins étendu, selon que sa position est plus ou moins occipito-postérieure, le ramènent dans l'arcade du pubis. Il est bien vrai, ajoute M. P. Dubois, que ce mouvement de rotation ne s'exécute pas toujours, et que quelquefois l'occiput conserve avec le bassin le rapport qu'il avait primitivement ; alors, sans doute, l'accouchement est plus long, plus difficile ; mais le plus souvent encore il peut se faire par les seules forces de la nature, et ce n'est que dans les cas les plus rares qu'on sera forcé de recourir au forceps. Du moins c'est ce que lui a démontré sa pratique à la Maternité de Paris. Selon lui, les positions occipito-postérieures sont plus fréquentes que ne l'a dit M. Capuron ; déjà M. Nægèle l'avait dit en 1822 ; M. Dubois établit qu'elles sont aux positions occipito-antérieures, comme 1 à 5 ou 6.

M. Velpeau combat aussi la doctrine de M. Capuron : la pratique de Mauriceau, celle de Smellie, de Baudelocque, de M.me Lachapelle, la sienne propre, sont contraires à cette doctrine, car tous ces accoucheurs ont vu l'accouchement se terminer naturellement dans les présentations occipito-postérieures. Sans doute, en beaucoup de ces cas, le forceps a pu être utile, mais son emploi n'est pas indispensable. D'ailleurs, dans tel cas où la face se présente, souvent encore l'accouchement se fait spontanément ; MM. Chevreul d'Angers, Pacoud de Bourg, en ont cité de nombreux exemples ; et cependant, dans ces cas, le menton se trouvait sous l'arcade du pubis. M. Velpeau, du reste, conteste que les présentations occipito-posté-

rieures soient aussi communes que l'a dit M. Dubois. Enfin il ne croit pas que la nouvelle manière de diviser le bassin, que propose celui-ci, importe à la question, puisque dans le cas supposé par M. Capuron, l'enfant a franchi le détroit supérieur, est dans l'excavation ou au détroit inférieur, et que pour ces deux parties du bassin il n'y a pas d'autre division possible à établir que celle d'une moitié antérieure et d'une moitié postérieure.

M. Dubois réplique à cette dernière assertion de M. Velpeau, que la rotation que doit éprouver le fœtus pour que sa position occipito-postérieure devienne occipito-antérieure, ne se fait pas toujours quand l'enfant n'est encore que dans le détroit supérieur ; que très-souvent ce mouvement de rotation ne s'accomplit que lorsque l'enfant est déjà arrivé dans l'excavation, et que conséquemment la division qu'il établit dans le bassin s'applique à toutes les parties de ce canal.

Malgré ces objections, M. Capuron persiste dans sa doctrine; et si dans les cas qu'on lui a opposés, l'accouchement s'est fait naturellement, c'est que les femmes avaient le bassin plus large, ou que les enfans avaient la tête plus petite, double condition anatomique qui est la plus fréquente.

Cataracte. — M. Velpeau, au nom d'une commission, lit un rapport sur un mémoire de M. Bergeon, lu à l'Académie le 3 septembre dernier, et relatif à un nouveau procédé d'abaissement de la cataracte, que ce chirurgien appelle *reclination capsulo-lenticulaire*. M. Bergeon opère avec un instrument nouveau qu'il appelle *reclinateur;* la commission dit, qu'*à priori*, on peut reconnaître quelques avantages à ce nouvel instrument; mais que pour assurer sa supériorité sur les aiguilles ordinaires, il faudrait des faits que la commission n'a pas et n'a pas pu avoir.

Séance du 5 novembre. — Lithotomie. — M. le secrétaire lit une note relative à une opération de lithotomie par le haut appareil qu'a pratiquée la veille M. le docteur Souberbielle, sur un homme de 65 ans ; opération dont tout porte à espérer du succès, et à la suite de laquelle ont été extraits de la vessie deux énormes calculs, pesant ensemble sept onces deux gros et demi, et qui remplissaient tout l'organe.

Le reste de la séance est rempli par la continuation de la lecture du rapport de la commission chargée de répondre aux questions soumises par le ministre, sur un projet de loi portant suppression des jurys médicaux.

Séance du 9 novembre. — Suture du périnée. — M. Roux rappelle que plusieurs fois on avait tenté de remédier à la déchirure du périnée par la suture, mais que comme on avait opéré par la suture entortillée, on n'avait pas réussi, et que dès-lors on avait renoncé à l'opération. Lui, a agi par la suture enchevillée, et a réussi; une

femme qu'il a opérée, il y a un an, a guéri, et vient d'avoir sans accident un nouvel accouchement. En mars dernier, il a opéré avec le même succès une femme dont la déchirure périnéale existait depuis deux ans. Il a été aussi heureux le 15 octobre dernier, dans un troisième cas qu'ont vu MM. Maygrier et Capuron; seulement il reste du côté de l'anus une petite fente qui se guérit chaque jour et se guérira tout-à-fait. Enfin une quatrième est en ce moment au 14.e jour de l'opération, et va très-bien; les fils ont été retirés dès le 7.e jour. M. Roux dit devoir ses succès à cela seul qu'il a substitué la suture enchevillée à la suture entortillée : il n'approuve pas le conseil qu'a donné Dieffenbach, de faire des incisions latérales, dans la vue de diminuer la tension des parties et de prévenir la rupture des fils. Mais il faut obliger la femme à tenir les cuisses rapprochées, et obvier aux efforts de la malade dans l'acte de la défécation, en lui donnant de légers minoratifs, et l'engageant à favoriser mécaniquement la sortie des fécès en les comprimant avec les doigts introduits dans le vagin.

M. Deneux croit qu'il y a plus de chances de succès quand on opère sur une déchirure ancienne que sur une déchirure nouvelle; dans ce dernier cas, l'état contus et gonflé des parties rend plus difficile la cicatrisation. Du reste, il pense que, quand la déchirure s'étend en même temps à la cloison recto-vaginale, il n'est pas nécessaire d'appliquer la suture sur cette cloison, et qu'il suffit de réunir le périnée.

LITHOTOMIE. — M. Berard jeune met sous les yeux de l'Académie un calcul qu'il a extrait le matin même par la cystotomie, sur un homme de 55 ans. Ce cas est remarquable par le volume énorme du calcul; par son adhésion à la face postérieure de la vessie, pendant que, d'autre part, il était engagé dans le col de la vessie; et enfin parce que le bistouri a été le seul instrument employé dans l'opération.

ÉPIZOOTIE. — M. Dupuy lit un rapport sur un mémoire de M. Fodéré, touchant une épizootie qui a régné en 1821 et 1822 dans le département du Bas-Rhin. L'affection avait son siège principal dans les poumons, et se rapprochait, selon M. Fodéré, de la nature du squirrhe et de celle des tubercules. Ce professeur a dit aussi qu'elle était contagieuse : M. Dupuy pense qu'elle était plutôt endémique et héréditaire, car on en a trouvé des traces dans des poumons de fœtus non encore à terme. M. Dupuy relève une contradiction de M. Fodéré, qui, d'une part, a dit la maladie contagieuse, et d'autre part a conseillé comme moyen prophylactique l'application des règles de l'hygiène. Il établit que dans les épizooties, à la différence des épidémies, il faut aussitôt sacrifier les individus malades : il établit encore que dans l'art vétérinaire, ce qui importe le plus est moins de guérir que d'améliorer et régénérer les espèces. Il s'élève contre les préceptes donnés par M. Fodéré, de ne vendre sur le marché aucun animal sans un certificat de santé, et d'ensevelir les animaux morts d'épizootie tout entiers avec leurs

peaux; la première mesure serait une trop grande entrave pour le commerce; et quant à la seconde elle entraînerait une trop grande perte et sans motifs, parce que les peaux ne communiquent pas les maladies épizootiques. Il conteste aussi que la chair d'un animal malade soit nuisible; elle est seulement moins riche en matériaux nutritifs. Se procurer de bons étalons, croiser les races, soumettre les animaux à un bon régime, tel est surtout le plan propre à améliorer les animaux; et c'est ainsi qu'en Angleterre on a amélioré les races bovines pour la boucherie, à ce point que le poids des bœufs s'est élevé de 200 à 400 kilogrammes : on est arrivé à ce résultat en accouplant les mâles et les femelles qui offraient à-la-fois un grand développement des parties molles et un moindre développement des os, et en répétant à plusieurs reprises ce croisement.

Responsabilité médicale. — M. Velpeau, au nom d'une commission, fait un rapport sur le cas de responsabilité suivant : une jeune femme accouche heureusement pour la seconde fois; jusqu'au 5.e jour, état satisfaisant; alors la fièvre se déclare, et la malade meurt le 13.e jour. La nécropsie fait voir l'utérus et le vagin enflammés, le tissu de la matrice friable, et recouvert à sa surface interne de granulations du volume d'un pois. L'accoucheur est accusé d'avoir exécuté trop tôt la délivrance, et d'avoir laissé dans la matrice une portion de placenta; des médecins signent un procès-verbal où sont consignées les accusations, et l'accoucheur inculpé en appelle à l'Académie. La commission chargée de l'examen de l'affaire, établit : 1.° qu'il n'était resté aucune portion du placenta dans l'utérus; 2.° qu'une portion de placenta, y fût-elle restée, l'accoucheur n'aurait pas eu à faire autre chose que ce qu'il a fait. Elle termine en exprimant un blâme de la conduite des médecins signataires du procès-verbal accusateur. Plusieurs membres demandent la suppression de cette dernière conclusion. L'adoption définitive du rapport est renvoyée à une autre séance.

Séance du 12 novembre. — M. Double achève la lecture du rapport de la commission instituée pour répondre aux questions relatives à un projet de loi sur l'organisation de la médecine. — Le ministre écrit pour presser la réponse de l'Académie, et exprime le désir d'avoir cette réponse à la fin du mois, ayant l'intention de présenter la loi nouvelle à la session prochaine. Après discussion, l'Académie décide que le rapport de la commission sera immédiatement imprimé; que la discussion commencera samedi 16, et se continuera tous les mardi, jeudi et samedi de chaque semaine, sans interruption.

Seance du 16 novembre. — Projet de loi sur l'enseignement et l'exercice de la médecine. — M. le président annonce que le ministre a consenti à faire les frais de l'impression du rapport sur le projet de loi relatif à l'enseignement et à l'exercice de la médecine, et on dis-

tribue aux membres de l'Académie les trois premières feuilles de ce rapport. Bien qu'à raison de cette distribution tardive, personne n'ait pu encore se préparer à la discussion, l'Académie décide cependant que cette discussion commencera immédiatement.

M. Cornac exprime le regret que la commission se soit renfermée dans les questions présentées par le ministre; il pense qu'elle devait porter son attention sur tous les points relatifs à l'enseignement et à l'exercice de l'art, et il se fonde sur ce que l'ordonnance par laquelle l'Académie a été instituée, lui donne pour attributions de *perfectionner tout ce qui concerne l'enseignement et l'exercice de la médecine.*

M. le rapporteur répond que la commission ne s'est pas exclusivement renfermée dans le texte des questions qui avaient été soumises à l'Académie, qu'elle en a abordé quelques autres qui n'y étaient pas comprises; mais que dans une matière aussi vaste elle a dû cependant s'attacher surtout aux matières sur lesquelles l'Académie était consultée.

M. Dupuytren demande pourquoi le rapport porte pour titre: *Rapport sur un projet de loi concernant la réorganisation de la médecine*; tandis que la mission qui avait éte donnée consistait seulement dans la solution de questions relatives *à un projet de loi portant suppression des jurys médicaux.* Il propose de supprimer le premier titre, évidemment trop ambitieux, pour lui substituer le dernier.

M. Lodibert reproche au rapport, d'une part, d'avoir fait beaucoup de digressions inutiles, et d'autre part d'avoir négligé beaucoup d'objets essentiels. Par exemple, il n'y est rien dit sur l'art vétérinaire, et ce qui concerne la pharmacie y'est incomplètement traité.

Beaucoup de membres expriment qu'on ne peut en ce moment se livrer à une discussion générale sur le rapport, puisque la distribution n'en est pas faite, et qu'il faut entrer aussitôt dans la discussion des questions faites par le gouvernement.

La première est ainsi conçue: *Peut-on sans inconvéniens renoncer à avoir deux sortes de médecins?* La commission a résolu cette question affirmativement, car elle propose à l'Académie la sanction d'un article ainsi conçu: *il n'y aura désormais en France qu'un seul ordre de praticiens, les docteurs en médecine* et *les docteurs en chirurgie.*

M. Nacquart rappelle qu'il y vingt ans il a proposé de substituer au titre d'*officier de santé* donné aujourd'hui aux médecins de l'ordre inférieur, le nom de *licencié.* Il consent avec la commission, à ce qu'il n'y ait, eu égard à l'exercice de l'art de guérir, qu'un seul ordre de praticiens; mais il regrette cependant que l'on ne puisse consacrer un titre plus élevé pour ceux des médecins qui se distingueront par une capacité supérieure: il ne sait quelle dénomination devrait être donnée à ce titre, mais elle exprimerait une différence du genre de celle qui existait

jadis entre les docteurs-régens et les docteurs non régens. — M. Lodibert appuie la pensée de M. Nacquart, au moins en ce qui regarde ceux des médecins qui ajoutent aux travaux de la pratique ceux de l'enseignement. — M. Dupuytren s'élève au contraire contre ces distinctions, qu'il dit être au moins inutiles.

M. Castel remarque que ces débats éloignent de la question principale, qui est de savoir si on conservera les deux ordres de médecins consacrés par la législation actuelle sous les noms de *docteurs* et d'*officiers de santé*. Il pense, comme la commission, que ces derniers doivent être supprimés.

M. Keraudren hésite à ne consacrer qu'un seul ordre de médecins: d'une part est-on assuré d'avoir assez de docteurs pour le service de la médecine dans les campagnes? d'autre part, l'obligation où l'on sera d'avoir plus de docteurs, ne forcera-t-elle pas à accorder le doctorat avec plus de facilité, et par conséquant, ne diminuera-t-on pas ainsi la juste valeur que l'opinion accorde à ce titre? Il serait mieux selon lui, de remplacer les officiers de santé par des licenciés desquels on exigerait plus de garanties, et d'admettre par conséquent deux ordres de médecins.

M. Velpeau ne pense pas que les moyens que propose la commission pour faire des médecins plus dignes atteignent ce but. En effet presque tous les reproches qu'on fait aux officiers de santé, peuvent être appliqués aux docteurs. Si en effet, des officiers de santé sont ignorans, combien de docteurs le sont autant! Si les officiers de santé se laissent aller à des manœuvres de charlatans, il en est de même encore de beaucoup de docteurs. Si enfin les officiers de santé ravalent l'art en se contentant du salaire le plus modique, cela est aussi de beaucoup de docteurs; M. Velpeau en connait à Paris qui font des visites à 15 sous. Ce qu'il faut, selon M. Velpeau, pour relever la profession de médecin, c'est de rendre les réceptions plus sévères. Or, la commission en préparant la création de trois nouvelles Facultés, va directement contre ce but; plus il y aura de corps recevans, plus les receptions seront faciles; la Faculté dont les cours seront les moins suivis, et qui comptera un moindre nombre d'élèves, cherchera à les attirer en se montrant plus indulgente dans ses réceptions. C'est donc pour arriver à ce que les réceptions soient plus sévères, qu'il votera la suppression des officiers de santé; et aussi parce que le nombre des docteurs qu'on gradue va en augmentant chaque année, et qu'on ne peut craindre conséquemment de manquer de médecins pour les campagnes. — Il termine en assurant qu'on gradue maintenant plus de docteurs qu'il n'en faut, plus de 600 par an.

M. Castel ne partage pas non plus les craintes émises par M. Keraudren, qu'on pourra manquer de médecins pour les campagnes. D'abord, en ce moment, elles sont amplement fournies d'officiers de santé. Ensuite,

il aime mieux voir les campagnes sans médecins, que de les voir livrées à des officiers de santé ignorans; les maladies, dit-il, souvent guérissent seules, et au contraire les médecins ignorans...... Il n'achève pas.

M. Collineau est disposé à voter pour la suppression des officiers de santé; et cependant il demande comment sans eux on pourra faire faire ce qu'on appelle la *chirurgie ministrante*.

Plusieurs membres demandent la cloture de la discussion.

M. Adelon s'élève contre la clôture; la question qui est en délibération, est, dit-il, de la plus grande importance, et pour sa solution réclame plusieurs élémens statistiques qu'il a vainement cherchés dans le rapport, et sur lesquels la discussion n'a pas encore porté. Il n'est personne qui ne désire faire faire le service de la médecine en France, exclusivement par l'ordre des médecins le plus instruits, c'est-à dire, par des docteurs seuls, si cela est possible; et tout le monde consentira à la suppression des officiers de santé, s'il est prouvé que cet ordre de médecins n'est plus nécessaire. Mais pour proclamer cette non-nécessité, quatre questions de statistique devraient être préalablement résolues. 1°. Y a-t-il, aujourd'hui 1833, plus de personnes pratiquant l'art de guérir à un titre quelconque, qu'il y en avait en 1789? 2°. A supposer qu'on ignore quel était le chiffre des ministres de l'art en 1789, sait-on au moins quel est leur chiffre aujourd'hui? 3°. Dans ce chiffre, quel qu'il soit, quelle est la proportion des docteurs et des officiers de santé? 4°. Enfin comment sont répartis sur le sol de la France les docteurs et les officiers de santé? et cette répartition n'est-elle pas inégale, à ce point que certains lieux ont trop de médecins, et que d'autres n'en ont pas assez, ou en manquent tout-à fait? Il n'est personne, dit M. Adelon, qui ne sente combien des notions précises sur ces divers points importent à la question de la suppression des officiers de santé. Or, il a vainement cherché dans le rapport des lumières de ce genre. Le seul document statistique qui y soit donné, et encore c'est moins un résultat qu'une assertion, est le suivant: d'une part, il faut un médecin par deux lieues carrées; la surface du royaume étant de trente mille lieues carrées, c'est donc 15 mille médecins qu'il faut pour le service médical de toute la France. D'autre part, l'annuaire du Bureau des longitudes apprend qu'une population de 15,000 personnes de l'âge de 24 à 60 ans, ne fait qu'une perte de 360 individus par an; or le nombre des docteurs qui sont gradués chaque année par les Facultés surpasse le nombre de 360, puisqu'il est de 392, année moyenne. Ainsi ce nombre de 392 docteurs nouveaux gradués chaque année suffit pour entretenir le chiffre de 15,000 médecins déclarés suffisans pour toute la France. M. Adelon ne repousse pas absolument cette argumentation; mais il aurait préféré des recherches statistiques sur les quatre questions qu'il a posées. Il ne peut répondre

à la première, le nombre comparatif des médecins en 1789 et en 1833 : mais il a essayé d'approfondir les trois autres, et voici à quels résultats il est arrivé. 1°. Pour connaître le chiffre des individus exerçant aujourd'hui l'art de guérir en France, il a collationné les listes de 58 départemens de France ; il a trouvé : anciens maîtres en chirurgie, 1262 ; officiers de santé, 4925 ; anciens docteurs, 635 ; nouveaux docteurs, 3272 : total de tous les individus pratiquant l'art de guérir dans ces 58 départemens, 10,094. Prenant la moitié de ce chiffre pour représenter les médecins des 28 départemens dont il n'a pû se procurer les listes, il a trouvé pour toute la France un total de 15,141. Or, si le dire de la commission qu'il faut 15000 médecins pour le service de la médecine en France est fondé, il résulterait, dit M. Adelon, qu'il n'y a pas plus de médecins aujourd'hui qu'il n'en faut, et que ce qu'on dit du très grand nombre des médecins est douteux. 2°. M. Adelon fait remarquer que dans ce chiffre total de 15,141 personnes pratiquant aujourd'hui l'art de guérir en France, il y en a plus de la moitié qui sont médecins du second ordre, officiers de santé ; leur nombre en effet s'éleve à 9280, tandis qu'il n'y a que 5861 docteurs. Voilà donc encore un résultat, dit-il, qui doit faire hésiter sur la suppression des officiers de santé, car pour que le service de la médecine ne souffre pas, il faudra qu'il se fasse un nombre de docteurs double de celui qui se fait aujourd'hui. 3.° M. Adelon a cherché à savoir quel est le chiffre proportionnel des docteurs et des officiers de santé qui sont gradués chaque année. D'une part, il a relevé le nombre des docteurs faits par les trois Facultés, depuis le jour de leur institution jusqu'en 1828 inclusivement ; s'il s'est arrêté dans ce travail en 1828, c'est que c'est en 1828 que la commission de l'Académie a commencé ses recherches, et que lui-même participait alors à ses travaux, faisant par *interim* les fonctions de secrétaire-perpétuel. Or, voici le résultat : Faculté de Paris, 5,860 ; Faculté de Montpellier, 1,563 ; Faculté de Strasbourg, 834 ; total, 8,257 ; ce qui fait une moyenne de 392 par an. D'autre part, il a relevé le nombre des officiers de santé gradués par les jurys de 1820 à 1827 : il s'est élevé à 2,333, ce qui donne encore une moyenne de 300 par an. D'où M. Adelon conclut qu'il se gradue 700 personnes à-peu-près par an ; et que si ce nombre est exigé par les besoins, il faudra, dans le système de la suppression des officiers de santé, qu'il se gradue chaque année 300 docteurs de plus. 7.° Enfin, M. Adelon a examiné un tableau établi pour 58 départemens, et dans lequel on indique le nombre de médecins pratiquant dans chacun d'eux, et où l'on oppose ce nombre à celui des populations. Or, il résulte de ce tableau, que la répartition des médecins en France est des plus inégales, car il y a tel département, le Gers, les Pyrénées-Orientales, où il y a un médecin par 700 ames, et tel autre où il y a un médecin par 5000 ames

et plus, le Finistère. De tous ces détails, M. Adelon conclut qu'il y a lieu encore à examiner la question de la suppression des deux degrés; l'Académie manquerait à ses devoirs en se hâtant de la trancher. Quant à lui, il votera la suppression des officiers de santé, si on prend en même temps les trois précautions suivantes : 1.° de ne cesser d'instituer des officiers de santé que dans quatre ans; d'une part, pour respecter le principe de la non-rétroactivité; et, d'autre part, pour laisser le temps de fonder les institutions destinées à remplacer ces officiers de santé; 2.° d'organiser le plus promptement possible sur un grand nombre de points du royaume, des foyers d'instruction médicale élémentaire, qui rendront les études médicales plus faciles, moins dispendieuses, et faciliteront le doctorat à tous ceux qui aujourd'hui ne se font recevoir qu'officiers de santé; 3.° enfin que le gouvernement prendra l'engagement de placer des médecins à subvention, là où l'intérêt privé n'en amènera pas.

M. le rapporteur convient de la nécessité de toutes ces recherches statistiques pour la solution de la question; aussi la commission les a-t-elle faites, et le résultat qu'elle en a obtenu est qu'il y a aujourd'hui plus de médecins qu'il n'en faut, et que la graduation de 400 docteurs par an suffira, et au-delà, pour entretenir le nombre de médecins nécessaire.

M. Adelon réplique que ce dire ne sera qu'une assertion de M. le rapporteur, tant qu'on ne verra pas les tableaux statistiques sur lesquelles elle est établie. M. le rapporteur aurait mieux servi l'Académie en consignant ces tableaux dans son rapport.

M. Roux déclare n'être pas convaincu de la possibilité de supprimer les officiers de santé; on ne peut pas dire qu'il y ait unanimité sur la convenance de cette suppression; et tout récemment la Société de médecine de Nantes vient d'exprimer l'opinion qu'il fallait deux ordres de praticiens.

M. Velpeau combat de nouveau la crainte qui a été émise, qu'on manquât de médecins. Il répète que chaque année le nombre des docteurs gradués augmente. — M. Adelon lui objecte que cela ne résulte pas des relevés certains qu'il a faits; s'il y a plus de receptions dans une Faculté, il y en a moins dans les autres, de sorte que le chiffre définitif est à-peu-près le même depuis huit ou dix ans.

La clôture est enfin prononcée malgré l'opposition de quelques membres, et l'Académie adopte la suppression des officiers de santé, et par conséquent celle des jurys médicaux.

Séance du 19 *novembre.* — Continuation de la discussion sur le projet de loi relatif a l'organisation de l'enseignement et de l'exercice de la médecine. — M. Orfila applaudit aux deux décisions qu'a portées l'académie dans sa précédente séance, savoir : la suppression des officiers de santé, et celle des jurys médicaux. Mais il croit de son de-

voir de protester contre plusieurs des expressions du rapport relatives à ces deux objets. Dans un endroit du rapport il est dit que les *examens d'officiers de santé offraient cet immense* DANGER, *d'entraîner à la charge du candidat des frais dont les examinateurs avaient tout le profit*. Il semblerait, d'après ce passage, dit M. Orfila, que le désir de s'approprier un *profit* faisait faire aux membres des jurys des réceptions indignes. Or, il y a dans ces mots tout à la fois inexactitude et jugement injuste et injurieux. D'une part, les frais d'examens n'appartiennent pas tous aux examinateurs; ces frais, qui sont déterminés par la loi, se montent à 250 francs, répartis ainsi qu'il suit : 50 francs pour l'université, comme droit de diplôme ; 128 francs, pour le département; et 72 francs pour les trois examinateurs, 24 francs pour chacun, à raison de 8 francs pour chacun des trois examens. D'autre part, c'est être injuste et injurieux envers les membres des jurys que de supposer qu'un droit si chétif qu'on qualifie de *profit* a pu influer sur leur jugement et leur faire faire d'indignes réceptions : on oublie donc que les membres des jurys sont composés de l'élite de la médecine et de la pharmacie dans les départemens, et appartiennent presque tous à l'académie à titre d'associés régnicoles et de correspondans; qu'on y voit figurer MM. Flaubert à Rouen, Barbier à Amiens, Bretonneau à Tours, etc. Depuis 15 ans, ajoute M. Orfila, je suis président des jurys et j'affirme que les examens ont été sous ma présidence ce qu'ils devaient être et par exemple plus longs que ceux du doctorat à la Faculté: dans cet intervalle de temps, j'ai eu à prononcer sur 1598 candidats, et 622 ont eté refusés; il y a tel candidat qui a été renvoyé 4 fois de suite. Rien dans ce mode d'agir ne justifie le blâme exprimé par M. le rapporteur sur tous les officiers de santé, quelle que soit, dit-il, *la source où ils ont puisé l'être*. M. le rapporteur fait dire à M. Chaussier la phrase suivante, *que les promenades officielles des jurys dans les départemens ne servent qu'à multiplier le charlatanisme et à favoriser l'ignorance* ; il eût été bien que M. le rapporteur citât le lieu où Chaussier a consigné une pareille opinion. Quant à lui, il est de son devoir de protester contre les passages qu'il vient de relever dans le rapport, et d'en réclamer la suppression et la modification.

M. Double répond qu'il ignorait ce que vient de dire M. Orfila sur la répartition des 250 francs, total des frais de la réception des officiers de santé; il modifiera conséquemment ce passage du rapport. Mais il maintient vraies les autres opinions qu'il a émises touchant l'indignité des officiers de santé, et celle des jurys médicaux. D'une part, tous les membres du jury n'avaient pas les lumières et la conscience de M. Orfila : d'autre part il a voulu surtout parler de ce qui s'est fait dans le principe de l'institution des officiers de santé, en l'an III. C'est à lui-même M. Double, que Chaussier a tenu le propos

rappelé dans le rapport, et ce propos est d'ailleurs imprimé dans une brochure de M. le docteur Deserin, membre du jury médical de l'Yonne. Enfin, selon M. Double, le ministre a reçu des réclamation et des plaintes unanimes de tous les préfets sur la tenue des jurys médicaux.

M. Adelon, président des jurys comme M. Orfila, joint ses réclamations à celles de ce dernier. M. Double, par la dernière assertion qu'il vient d'émettre, ajoute à ce que son rapport contenait déjà d'injuste et d'amer sur les membres du jury. Dans les 29 départemens qu'il a visités pour la présidence des jurys, il a vu partout les préfets; et loin d'avoir reçu de ces magistrats des plaintes sur la tenue des jurys, il a les entendu louer de leur zèle. Les lettres du ministre expriment les mêmes témoignages de satisfaction sur leur conduite. M. Adelon n'ose pas contester l'exactitude du propos attribué à Chaussier, puisque M. Double dit le lui avoir entendu proférer lui-même; mais il ne lui faut pas moins que cette assurance pour croire que Chaussier, président de jury, ait pu se permettre une si forte inconvenance. Quant à cette explication de M. le rapporteur, que le reproche d'indignité qu'il fait aux officiers de santé s'applique surtout à ceux faits en l'an III, elle n'est pas admissible; l'institution des officiers de santé ne remonte pas à l'an III, mais à l'an XI; en l'an III furent instituées, à la vérité, les trois écoles actuelles, mais ces écoles ne faisaient aucune réception, et ce ne fut que 9 ans plus tard que les jurys médicaux furent institués. Dans l'intervalle, dit M. le rapporteur, il y eut des jurys provisoires, et ce sont surtout ces jurys qui ont fait d'indignes réceptions. Il y a encore dans ce langage inexactitude : d'une part, ces jurys provisoires ne se formèrent qu'en l'an VII et l'an VIII; et d'autre part, tous ceux qui avaient été reçus à ces jurys furent obligés, lors de la promulgation de la loi du 19 ventôse an XI, de se faire recevoir de nouveau selon les formes prescrites par cette loi. Du reste, mon but, dit en terminant M. Adelon, était de protester, au nom d'honorables collègues des départemens, contre les injustes jugemens portés sur eux, et je crois avoir en cela rempli un devoir.

M. H. Cloquet annonce avoir accompagné M. Duméril dans les années où ce professeur était président des Jurys, et il croit de son devoir de protester aussi au nom de ce médecin.

Beaucoup de membres réclament l'ordre du jour, et la discussion est reprise.

M. Husson fait remarquer que l'article portant suppression des officiers de santé doit précéder celui qui porte suppression des jurys médicaux, puisque ceux-ci n'existaient que pour la réception des officiers de santé. M. Adelon ne s'oppose pas à cette transposition des articles, mais il fait remarquer qu'il ne faut pas attacher trop d'impor-

tance à l'ordre des articles votés, attendu qu'ils ne doivent pas constituer, tels qu'ils seront présentés à l'autorité, un projet de loi, mais seulement exprimer la pensée de l'Académie sur les questions soulevées par le projet. Il profite de la circonstance pour signaler à la commission un point sur lequel elle devra stipuler une disposition quelconque. Le principe de la non-rétroactivité oblige à conserver le droit d'exercer à tous les officiers de santé actuels; or, d'une part, ces officiers de santé ne peuvent exercer que dans les départemens dans lesquels ils ont été reçus, et s'ils vont habiter un autre département, ils doivent subir une autre réception devant le Jury médical de ce département. D'autre part, il n'y aura plus de Jurys médicaux. On voit qu'il y aura ici une disposition nouvelle à stipuler. Certainement, on ne pourra permettre aux officiers de santé actuels d'aller exercer sans une nouvelle réception dans des départemens autres que ceux dans lesquels ils ont été reçus, sinon ce serait les élever sous ce rapport au rang des docteurs. D'autre part, à défaut des Jurys médicaux, qui n'existeront plus, il faudra déterminer quel corps fera la nouvelle réception : peut-être sera-ce une des attributions à donner aux conseils médicaux des départemens proposés par la commission, si l'Académie les adopte; du reste il ne fait aucune proposition et appelle seulement l'attention du rapporteur et de la commission sur ce point.

L'Académie après une courte discussion adopte un troisième article ainsi conçu : *Les officiers de santé actuellement existans resteront avec tous leurs droits acquis; ils ne pourront être supprimés que par voie d'extinction.*

M. le Président met en discussion l'article 4 dont voici le texte; *les officiers de santé pourront, après dix ans d'exercice, obtenir le grade de docteur devant les Facultés, moyennant un examen clinique, une consultation redigée par écrit sur une consultation donnée, et la thèse.*

M. Velpeau demande d'abord pourquoi on exige des officiers de santé dix ans de pratique pour qu'ils puissent se faire recevoir docteurs; il blâme cette proposition de les exempter d'une partie des épreuves du doctorat. M. Double répond que les officiers de santé pourront à toute époque quelconque de leur carrière se faire recevoir docteurs en satisfaisant à toutes les conditions imposées pour le doctorat; mais, qu'après dix ans de pratique, il leur sera fait la faveur de n'exiger d'eux que les épreuves proposées par la commission. — M. Adelon adopte le principe de la commission qu'il soit fait une faveur aux officiers de santé qui ont dix ans d'exercice; mais cette faveur ne doit pas porter sur les épreuves de la réception, mais seulement sur le temps de scolarité qu'exige le doctorat. Du moins c'est le principe que suit la Faculté de Paris, elle facilite l'accès du doctorat aux officiers de santé, non en diminuant les épreuves, mais en

demandant pour eux l'exemption d'un certain nombre d'inscriptions. Il rejette l'article de la commission comme insuffisant. M. Barbier d'Amiens exprime le regret de la décision portée par l'Académie touchant la suppression des officiers de santé; il craint que par cette mesure on avilisse le doctorat, la force des choses ne permettant pas que les médecins de campagne ne subissent les conséquences de leur position, et n'oublient bientôt une partie de ce qu'ils ont appris : il pense du reste que les officiers de santé ne se feront recevoir docteurs, qu'autant qu'on les dispensera des grades de bacheliers ès-lettres. Beaucoup de membres encore trouvent insuffisantes les épreuves que, selon la commission, devraient subir les officiers de santé pour arriver au doctorat et attaquent l'article en discussion; tels sont MM. Velpeau Piorry, etc : M. Sanson veut qu'on ajoute aux examens, un examen sur la médecine opératoire; M. Martin Solon en demande un sur la médecine légale : M. Piorry, un sur l'anatomie et la physiologie : M. Keraudren fait remarquer l'insuffisance de la consultation écrite, et surtout de la thèse qu'on peut avoir fait faire par un autre. MM. Andral et Roux demande que les examens exigés soient au nombre de deux, soient *généraux*, et portent sur toutes les branches de la médecine, mais seulement dans leurs rapports avec la pratique; enfin la clôture de la discussion et prononcée, et l'article voté dans les termes proposés par la commission.

Séance du 21 novembre. — CONTINUATION DE LA DISCUSSION SUR LE PROJET DE LOI RELATIF A L'ORGANISATION DE L'ENSEIGNEMENT ET DE L'EXERCICE DE LA MÉDECINE. — M. Double, rapporteur, revient sur les reproches qu'on lui a faits d'avoir porté un jugement injuste des officiers de santé. Pour prouver que la commission a reconnu qu'il existait parmi les officiers de santé des hommes honorables et instruits, il cite cette phrase du rapport : *non qu'il n'existe réellement dans cette classe un assez grand nombre d'hommes utiles, estimables, éclairés; mais les troubles révolutionnaires et les temps de désordre général, au milieu desquels cette institution a pris naissance*, etc. Pour justifier ce qu'il dit de la malheureuse facilité avec laquelle les premiers jurys médicaux firent des réceptions d'officiers de santé, et du peu de considération que mérite cette classe de praticiens, il cite l'art. 23 de la loi du 19 ventose qui admit à l'exercice de l'art., sans preuve de scholarité et sans examen, quiconque exerçait l'art depuis trois ans lors de la promulgation de la loi. Il regrette du reste que M. Orfila, qui a dit avoir des motifs particuliers pour appuyer la suppression des jurys médicaux et des officiers de santé ne les ait pas fait connaître.

M. Orfila replique qu'il a dû relever les passages inexacts et injurieux du rapport; il rapporte la phrase où M. le Rapporteur déclare indignes les officiers de santé, *quelle que soit la source où ils ont puisé l'être*;

et il termine en disant avec quelque chaleur, que les officiers de santé *qui ont pris l'être sous lui* ne sont pas sortis de la fange.

M. Adelon reproche à M. le rapporteur de confondre toujours la loi du 19 ventose an XI avec les temps qui ont précédé. Sans doute la dénomination *d'officier de santé* date de l'an III; mais c'est la dénomination seule, et non la classe. Celle-ci a été fondée par la loi du 19 ventose an XI; ce n'est qu'alors qu'il y eut des *docteurs* et *des officiers de santé;* auparavant tous les ministres de l'art s'appelaient de ce dernier nom. C'est donc une étrange erreur de M. le rapporteur de dire que l'institution, de la suppression ou du maintien de laquelle on s'occupe aujourd'hui, date *d'un temps de désordre général*, *de troubles révolutionnaires ;* cette institution date du gouvernement consulaire, époque où se créait la belle législation qui régit la France. M. le rapporteur blâme aussi avec trop d'exagération la loi du 19 ventôse; les exceptions qu'elle a posées dans les art. 11, 12 et 23 cités par M. Double, étaient commandées par les dix années qui avaient précédé sa promulgation. Pendant ces dix années il n'y avait eu aucun corps recevant, et on ne pouvait sans injustice en faire porter la peine sur ceux qui auraient voulu se faire graduer et qui ne l'avaient pas pu : qu'on réfléchisse sur ces exceptions, et on verra qu'elles étaient légitimes. Quant à l'art. 23 que M. Double oppose aux jurys, les jurys n'ont rien eu à faire dans son application; on voit même que cet article s'applique à tous ceux qui, redoutant la juridiction des jurys, refusèrent de s'y présenter, et qui n'obtinrent la permission d'exercer que sous la rubrique d'un certificat du sous-préfet, *destiné*, dit la loi, *à leur tenir lieu de diplôme.*

L'ordre du jour est réclamé, et M. le président met en discussion la première partie de l'article 5e. proposé par la commission : *il y aura six Facultés de médecine en France; indépendamment des trois qui existent, il en sera créé trois autres, une à Lyon, une autre à Toulouse ou à Bordeaux, et une à Nantes ou à Rennes.*

M. Desportes retarde un moment la discussion de cet article, en attaquant plusieurs passages du rapport; par exemple, il rappelle qu'en plusieurs endroits, il est dit que le principe de la liberté de l'enseignement a dominé le travail de la commission ; il cite cette phrase du rapport, *que le monopole de l'enseignement, surtout en médecine, est absurde :* il reproche à la commission d'être en contradiction avec elle-même, lorsqu'avec de tels principes elle propose la création de trois nouvelles Facultés; il se demande enfin comment cette création peut être considérée, ainsi que le dit le rapport, *comme un acheminement vers la liberté de l'enseignement.* — M. Adelon fait remarquer qu'il est impossible de discuter ainsi simultanément, et le texte du rapport et les articles de législation qui le ter-

minent ; puisqu'on a commencé par ces derniers, il faut continuer, et à la fin on reviendra à la discussion du texte du rapport.

M. Heller combat la création de trois Facultés nouvelles. Il y a bien peu de villes en France autres que Paris, qui puissent être avec chances de succès le siége d'une Faculté de médecine, et toujours Paris présentera à cet égard tant de superiorité qu'aucune ville ne pourra lutter avec cette capitale. Voyez combien aujourd'hui la Faculté de Paris l'emporte en moyens d'instruction sur les deux autres Facultés du royaume ! La multiplication des écoles au-delà des besoins est toujours un malheur pour la science. Avant la révolution il y avait dix-sept Facultés de médecine, et deux seules avaient survécu quand la dissolution de ces corporations fut prononcée en 1792. Qu'on n'oppose pas que par cette création on diminue les frais imposés aux élèves ; il en coûte aussi cher pour vivre à Lyon, à Bordeaux, qu'à Paris. Enfin les Facultés actuelles graduent 400 docteurs par an, et ce nombre suffit pour les besoins.

M. Velpeau repousse aussi la création de trois nouvelles Facultés. La commission a motivé la suppression des officiers de santé sur ce qu'il y a trop de médecins ; si cela est, à quoi bon instituer de nouvelles Facultés ? Elle voit dans l'institution des nouvelles Facultés un moyen de tenir les jeunes gens plus près du foyer domestique, et plus loin du tumulte de la capitale : mais cette dernière circonstance est la seule réelle ; et quant à l'autre elle ne sera vraie que pour les étudians nés dans les trois villes où seront établies les trois nouvelles Facultés. M. Velpeau d'ailleurs conteste qu'il soit utile aux élèves d'être tenus très-long-temps dans leurs villes natales ; selon lui, les distractions de la famille les détournent de l'étude. Enfin, M. Velpeau craint que l'institution de trois Facultés nouvelles, au moins inutiles, ne rendent les réceptions du doctorat trop faciles. De même que dans les Facultés actuelles, les étudians recherchent pour leurs examens les professeurs qu'ils savent être les moins sévères, de même les candidats indignes iront se faire recevoir à la Faculté la plus indulgente. Il rejette donc la proposition, non-seulement comme inutile, mais encore comme nuisible.

M. Roux regarde aussi, comme superflue au moins, l'institution de trois Facultés nouvelles. D'une part, il est douteux qu'elles aient des élèves, car on ne peut espérer que ceux des écoles actuelles désertent celles-ci pour aller en des établissemens nouveaux. De l'autre, il ne l'est pas moins qu'elles aient de bons professeurs, car il est peu d'hommes habiles qui consentent à se fixer en des villes du second ordre : a-t-on vu les agrégés de Paris aller tenter la chance des concours dans les Facultés de Montpellier et de Strasbourg ? Enfin, ce qui a fait la réputation de l'Ecole de Paris, ce n'est pas seulement l'enseignement public, mais encore l'enseignement particulier qui

s'est toujours grouppé autour d'elle : or, cet enseignement particulier, quoi qu'on fasse, sera toujours nul ou peu éclatant en tout pays autre que Paris.

M. Castel doute aussi qu'il existe assez d'hommes habiles pour l'institution de trois nouvelles écoles ; les grandes lumières sont éteintes, et cependant c'est du mérite des professeurs que dépend la gloire des écoles. La médecine, dit-il, est dans un état d'abaissement, et nul de nous ne vivra assez de temps pour la voir refleurir. — M. Bouillaud exprime aussi la crainte que l'institution de nouvelles écoles ne fasse qu'affaiblir les études médicales et la difficulté des réceptions : quant à la considération, qu'on évitera par là l'agglomération des jeunes gens dans la capitale, cette considération pouvait avoir du poids sous l'ancien gouvernement, mais elle ne peut prévaloir sous celui-ci, à l'établissement duquel nos jeunes élèves ont si glorieusement concouru.

M. Adelon loue la commission d'avoir présenté comme moyen de suppléer aux officiers de santé supprimés, la *multiplication des lieux d'instruction* ; mais il ne croit pas qu'elle arrive au but par la création de trois nouvelles écoles ; ce n'est pas là *rendre plus communs, plus faciles, plus nombreux les moyens d'études médicales ; les répandre sur tous les points géographiques qui en sont susceptibles*, pour répéter les phrases du rapport ? En effet, par les trois nouvelles Facultés, l'on n'est utile qu'aux élèves natifs des villes où elles seront établies ; les élèves des autres pays n'en devront pas moins aller chercher l'instruction médicale au loin et à grands frais, et nul doute qu'étant obligés de même à un déplacement un peu considérable, ils ne préfèrent aller de suite à la Faculté qui, à tort ou à raison, aura le plus de célébrité. Aujourd'hui les trois Facultés existantes ne présentent pas une égale prospérité : tandis que dans l'espace de trente ans l'une a fait 5,860 docteurs, une autre n'en a gradué que 1,563, et l'autre 834 ; chaque jour les bancs de deux Facultés sont désertés au profit de la troisième, et il est telle année, que l'une de ces Facultés n'a gradué que treize docteurs. Soyez sûrs que la même inégalité se remarquera avec les trois Facultés de plus, et on aura sans profit induit le gouvernement dans une grande dépense, car une Faculté coûte près de 300,000 fr. par an. M. Adelon pense qu'on peut autrement remplir le but de la mission ; c'est en créant sur le sol de la France le plus grand nombre possible *d'écoles préparatoires*, dans lesquelles l'aspirant pourrait passer une partie du temps de scholarité exigé pour le doctorat. Je voudrais, dit-il, utiliser tout foyer d'instruction médicale quelconque, en tirer parti. Loin de limiter le nombre de ces écoles préparatoires, je chercherais à en établir le plus possible, et par là l'instruction médicale se trouverait plus rapprochée des élèves, et conséquemment acquise par eux à moindres frais. Dans ce système, non-seulement on

serait utile aux médecins à faire ; mais on le serait aux médecins faits, en entretenant chez eux le goût des études scientifiques. Chaque hôpital aurait la certitude d'avoir un nombre suffisant d'élèves pour ses besoins ; et certes le père de famille qui ne serait forcé d'envoyer son fils qu'à une ville peu éloignée, serait contraint à moins de dépenses, et pourrait plus aisément continuer sur lui sa surveillance paternelle. Il ne serait pas nécessaire, ajoute M. Adelon, que ces écoles préparatoires présentassent toutes la même instruction, et fussent établies sur un plan uniforme ; cela dépendrait des localités ; seulement on n'accorderait à chacune qu'un droit d'inscription proportionnel à la mesure d'instruction qui y serait puisée. Il est bien entendu, du reste, que le droit d'inscription ne serait accordé que quand l'autorité universitaire aurait constaté que l'enseignement annoncé par ces écoles se fait d'une manière complète et avec régularité : chaque année, les programmes des cours devraient être envoyés pour être jugés par le ministre de l'instruction publique ; des formes seraient instituées pour constater la régularité des leçons, et des officiers de l'Université surveilleraient tout cet enseignement. Il est bien entendu encore que le droit d'inscription accordé à ces écoles préparatoires ne pourrait jamais s'élever au-delà de la moitié ou des trois-cinquièmes du temps de scholarité exigé par la loi, de sorte que les deux dernières années d'études devraient toujours se passer dans les Facultés. Par ce système, dit M. Adelon, on peut amener les 300 élèves qui aujourd'hui, par défaut de fortune, se font recevoir officiers de santé, on peut les amener, dit-il, à se faire recevoir docteurs ; et de plus on arrive à ce but en perfectionnant les études médicales. Il est en effet beaucoup de points qui s'apprendront plus aisément dans les écoles préparatoires que dans les Facultés ; telle est l'anatomie, par exemple, science pour laquelle la matière première manque pour les mille élèves qui se pressent à Paris, tandis que cette matière première se trouverait plus facilement pour chacun d'eux s'ils étaient séparés et épars sur divers points de la France. M. Adelon propose donc de repousser la création de trois nouvelles Facultés, et d'employer au contraire les ressources pécuniaires du gouvernement à l'institution de nombreuses écoles préparatoires, organisées d'après le plan qu'il vient d'exposer. Il dépose sa proposition sur le bureau.

M. Ferrus applaudit à la proposition de M. Adelon ; il veut même lui donner plus d'extension encore ; chaque médecin ou chirurgien d'hôpital devrait, selon lui, faire des cours aux élèves ; et ceux-ci, en arrivant aux Facultés, subiraient des examens destinés à prouver leur degré d'instruction, et d'après lesquels on leur accorderait un plus ou moins grand nombre d'inscriptions.

La discussion est close, et on renvoie à la séance prochaine à entendre M. le rapporteur, et à voter sur l'article.

Académie royale des Sciences.

Les matières traitées dans les diverses séances de ce mois ont été tout à fait étrangères aux sciences médicales, ou n'avaient que des rapports assez éloignés avec ces sciences. Nous ne croyons pas devoir en parler; nous transcrirons seulement parmi les prix qui ont été proclamés dans la séance annuelle et publique du 18, la liste de ceux qui concernent la médecine. — Dans cette séance ont été entendus les éloges de Fourier par M. Arago, et de Percy, par M. Flourens.

Prix de physiologie expérimentale, fondé par M. Montyon — L'Académie accorde à titre d'encouragement, une médaille de 300 fr. à chacun des auteurs dont les noms suivent : M. Breschet, pour ses recherches sur l'œuf de l'espèce humaine; M. Meye, pour ses travaux de phitotomie; M. Purkinje, pour son travail sur les cellules fibreuses des anthères; M. Velpeau, pour son travail sur l'embryologie, ou ovologie humaine.

Prix fondé par M. de Montyon, en faveur de celui qui aura découvert le moyen de rendre un art ou un métier moins insalubre. — L'Académie n'ayant reçu aucune pièce qui remplît les intentions du donateur, ce prix n'a pu être décerné cette année.

Prix de médecine fondé par M. de Montyon, en faveur de ceux qui auront perfectionné l'art de guérir. — L'Académie a décidé qu'il serait accordé cette année, à titre d'encouragement.

1.° Une somme de 2,000 fr. à M. Forget, pour les perfectionnemens qu'il a apportés par son ouvrage à l'hygiène et à la médecine navales.

2.° Une somme de 5,000 fr. à M. Colombat, pour les travaux qu'il a publiés sur le mécanisme de la prononciation, et pour les succès qu'il a obtenus dans le traitement de quelques vices de prononciation, et en particulier du bégaiement.

3.° Une somme de 2,000 fr. à M. Baudelocque neveu, pour l'invention d'un forceps applicable aux cas très-rares où l'accouchement est rendu impossible par la déformation du bassin, et applicable seulement après que la mort de l'enfant a été constatée par les gens de l'art.

4.° Une somme de 1,500 fr. à M. Scipion Pinel, pour ses observations manuscrites d'anatomie pathologique relatives à l'encéphale.

5.° Un prix de 6,000 fr. à M. Heurteloup, pour l'invention et l'application qu'il a faite avec succès de l'écrasement par percussion à la destruction de la pierre dans la vessie.

6.° Une somme de 4,000 à M. le docteur Jacobson, de Copenhague, pour l'application qu'il a faite avec succès de l'écrasement par pression à la destruction de la pierre dans la vessie.

7.° A M. Sirhenri, coutelier, une somme de 2,000 fr., pour la part qu'il a prise à l'invention et à la confection des instrumens destinés à écraser par pression la pierre dans la vessie.

Médailles d'encouragement de la valeur de 1,000 fr. chacune pour les travaux sur le choléra. — Depuis que le choléra s'est étendu de l'Inde aux diverses parties du globe, l'Académie des sciences est devenue le point où aboutissent la plupart des travaux qui sont publiés sur cette maladie. La haute importance qui se rattachait à ses communications, a été accrue encore par l'invasion de cette maladie en France et par les recherches nombreuses dont elle a été l'objet parmi nous. Bien que ces travaux laissent beaucoup à désirer, principalement en ce qui concerne les causes et le traitement, néanmoins comme des résultats utiles ont été la suite des recherches savantes et des efforts faits par les médecins sur les diverses parties du globe où le choléra a régné, l'Académie a cru devoir accorder une médaille en or de la valeur de mille francs à chacun des auteurs dont les noms suivent.

1.° A M. le docteur Anhesley (Anglais), pour les observations qu'il a recueillies dans l'Inde sur le choléra.

2.° A MM. les docteurs Marcus et Jachnichen (Russes) pour leur relation du choléra-morbus à Moscou, une médaille à chacun.

3.° A M. le docteur Diffembach (Prussien) pour ses expériences et ses travaux relatifs au choléra-morbus de Berlin.

4.° A M. le docteur Marcin-Kowski (Polonais), pour les faits et les renseignemens fournis sur le choléra-morbus de Varsovie.

5.° A MM. les docteurs Gaymard et Gérardin (une médaille à chacun), pour leur relation du choléra-morbus en Russie, en Prusse et en Autriche, pendant les années 1831 et 1832.

6.° A M. le docteur Foy, pour sa relation du choléra-morbus en Pologne.

7.° A M. le docteur Brière de Boismont, pour sa relation historique et médicale du choléra en Pologne.

8.° A MM. les docteurs Bouillaud, Fabre et Guérin, pour leurs ouvrages sur le choléra-morbus de Paris, et pour les services rendus par les publications périodiques faites sous leur direction pendant la durée de l'épidémie (une médaille à chacun).

9.° A M. le docteur Rayer, pour ses recherches sur le choléra, et pour ses expériences sur les fluides rendus par les cholériques.

10.° A M. le docteur Scoutetten, pour sa relation historique et médicale de l'épidémie du choléra qui a régné à Berlin en 1831.

11.° A M. le docteur Lassis, pour les recherches et les efforts qu'il n'a cessé de faire dans la vue de prouver la non contagion du choléra.

— Nous avons donné dans notre dernier numéro un extrait de la première et principale partie du rapport de M. Double, celle qui concerne l'enseignement de la médecine, la conservation d'un seul ordre de médecins, et leur réception. Dans la deuxième et la troisième partie, le rapporteur a discuté et proposé la création de *conseils médicaux de départemens*, qui auraient pour principales attributions celles de chambres de discipline; il a traité la question de la patente imposée aux médecins, et dont il demande l'abolition, et a terminé par une nouvelle législation des remèdes secrets. Ce rapport devant être imprimé et étant d'ailleurs d'une étendue démesurée, nous nous abstiendrons d'en présenter de nouveaux extraits. La discussion dont il est l'objet dans le sein de l'Académie, et que nous reproduisons aussi fidèlement qu'il nous est possible, suffira à le faire connaître. Nous aurons sans doute occasion de revenir sur ce travail et sur la discussion de l'Académie, lorsque nous en pourrons juger l'ensemble et le résultat.

— Deux hommes célèbres à des titres divers sont descendus récemment au tombeau. Jean-Frédérick Meckel, considéré comme le premier anatomiste de notre époque, est mort le 31 octobre dernier, âgé de cinquante-cinq ans, à Halle, laissant inachevé son grand ouvrage sur l'anatomie comparée. La chirurgie française a perdu l'un de ses plus honorables et de ses plus anciens représentans, le professeur Boyer. La science et l'art n'ont pas eu du moins à déplorer qu'une carrière si utile ait été interrompue bien avant le temps. M. Boyer avait atteint l'âge de 71 ans. Les obsèques de cet illustre chirurgien ont eu lieu le 27 de ce mois. Des députations des trois Sociétés savantes auxquelles appartenait ce professeur, de l'Académie des Sciences, de la Faculté et de l'Académie de Médecine, un grand nombre de médecins et d'étudians assistaient au convoi. Aucun discours n'a été prononcé sur la tombe. M. Boyer, par une disposition testamentaire, avait émis le vœu que cet usage ne fût point suivi pour lui. Mais un hommage plus touchant et dont la sincérité ne peut être suspecte, lui a été rendu par ses élèves. Ceux-ci ont dételé le char, l'ont traîné dans les rues de Paris jusqu'au cimetière du Mont-Parnasse, et ont porté le corps de leur ancien maître à sa dernière demeure.

BIBLIOGRAPHIE.

Lithotripsie. Mémoires sur la lithotripsie par percussion, et sur l'instrument appelé percuteur courbe à marteau, qui permet de mettre en usage ce nouveau système de pulvérisation des pierres vésicales ; le tout appuyé de nombreux exemples de guérisons bien authentiques ; par le baron HEURTELOUP, *D. M. P.* Paris, 1833. In-8.e, pp. VI-139. Chez Béchet jeune.

La lithotritie vient de faire un progrès remarquable : M. Heurteloup, qui déjà avait apporté aux méthodes connues jusqu'ici de broyer la pierre des modifications utiles et de véritables perfectionnemens, vient de proposer une méthode nouvelle, dont il a fait déjà de nombreuses applications suivies de succès. Au lieu de saisir la pierre entre les mors d'une pince à trois branches comme M. Leroy d'Etiole et Civiale, et de l'user plus ou moins lentement à l'aide de forets ; ou comme M. Jacobson d'étreindre et d'écraser le calcul dans l'anse d'un brise-pierre articulé, méthode qui n'est applicable qu'à l'écrasement d'une pierre d'un volume moyen, M. Heurteloup saisit le calcul avec une pince à deux branches assez semblable pour la force au *podomètre* des cordonniers ; comme on sait, l'une de ces branches seulement est mobile, mais elle s'écarte de l'autre d'une quantité qui ne sera limitée ici que par les dimensions de la vessie, car un calcul d'un volume considérable, une pierre plate dans son grand diamètre peuvent désormais être dans la plupart des cas facilement saisis, avantage notable de la nouvelle méthode. Une fois placée entre les branches de l'instrument, la pierre est brisée entr'elles par la percussion d'un marteau exercée sur l'extrémité libre et extra-vésicale de la branche mobile. Pour que cette percussion ne communique pas à la vessie, dans laquelle comme d'habitude une injection a été faite, et à l'urètre un ébranlement douloureux et nuisible, l'instrument est fixé avant la percussion entre les mors d'un petit étau adapté à volonté sur le lit où repose le malade, et entre ses jambes. C'est là le point fixe auquel M. Heurteloup attache la plus haute importance, et sans lequel cette espèce de lithotripsie n'offrirait qu'incertitude et dangers : le lit employé est son lit rectangle, déjà connu de tous les chirurgiens. L'instrument le percuteur courbe à marteau, le point fixe et le lit rectangle, sont aux yeux de M. Heurteloup trois parties inséparables si l'on veut apprécier convenablement sa méthode. Cependant nous devons dire ici, par anticipation, que déjà elle a été

appliquée à Paris par plusieurs lithotriteurs, avec le point fixe, mais sans le lit rectangle, et que les essais faits ont en général été heureux.

On pouvait penser *à priori* que ce mode de lithotripsie serait sujet à de graves inconvéniens : l'expérience a prouvé que ces craintes étaient les unes chimériques, les autres exagérées.

1.° L'instrument n'étant point trempé est moins exposé à se rompre que la pince à trois branches de MM. Leroy et Civiale, et cet accident grave est, comme on sait, assez rare dans la lithotritie ordinaire. M. Heurteloup, dans les essais qu'il a faits sur son percuteur courbe, n'est jamais parvenu, quelque force qu'il ait employée, à briser l'une ou l'autre branche (page 31.)

2.° Il n'est arrivé à les fausser qu'en interposant entre les branches un corps dur comme l'acier, ou qui ne pouvait être brisé comme le bois, et encore cette circonstance ne s'est-elle présentée que lorsqu'il a fait usage d'un marteau trop volumineux hors de toute proportion avec la force de l'instrument, et celle qui est nécessaire pour concasser les calculs vésicaux les plus durs.

3.° L'ébranlement causé par la percussion à la vessie et à l'urètre, la projection des fragmens de la pierre contre les parois de la vessie, dont l'esprit est de prime-abord inquiété au simple énoncé de cette méthode, sont des accidens qui, d'après les faits, sont à-peu-près imaginaires.

L'inconvénient de faire des fragmens et pas de poudre, n'est pas non plus réel. On trouve constamment de la poudre entre les mors du percuteur retiré après l'opération ; et si les fragmens sont encore trop volumineux pour être chassés à travers l'urètre, il est aisé de les saisir de nouveau, et de les réduire soit en fragmens plus petits, soit en poussière.

Je n'ai pas voulu rendre compte de la brochure de M. Heurteloup sans avoir pu moi-même faire des essais réitérés sur le cadavre, parce que l'adresse qu'aurait pu déployer ce chirurgien dans l'emploi d'une méthode difficile n'aurait nullement prouvé qu'elle était facilement accessible à tout praticien d'une adresse ordinaire. Je puis certifier que, dès le premier essai que j'ai fait de son percuteur, j'ai saisi sans aucune difficulté, et presque à chaque coup, soit la pierre, soit l'un des fragmens que j'avais produits par la percussion.. Cependant, comme dans toutes les méthodes de lithotritie, à mesure que les fragmens devenaient plus petits et au-dessous d'un certain volume, ils étaient moins faciles à rencontrer et à saisir. Il y a bien loin de cette observation, comme on le voit, à ce reproche fait, suivant M. Heurteloup, à sa méthode, de n'être applicable qu'à des petites pierres friables, objection qu'il a facilement et victorieusement repoussée. La difficulté de prendre des calculs peu volumineux ne

paraît pas s'être présentée à M. Heurteloup. Toutefois il m'a semblé que lorsque le bas-fond de la vessie est excavé, la longueur donnée au *bec* du percuteur pouvait être un obstacle à la saisie des calculs, si on se contentait, comme cela suffit par les pierres volumineuses, de mettre l'instrument sur le côté; peut-être doit-on alors le retourner tout à fait de manière à ce que l'extrémité des branches plonge dans l'excavation du bas-fond de la vessie, ou faudrait-il, hors les cas qui repoussent tout à fait l'usage des instrumens droits, diminuer la longueur du bec formé par la courbure du percuteur, ce qui permettrait de l'engager et de l'ouvrir dans la partie excavée où est enfoncé le petit calcul, et de ne pas renoncer ainsi à l'avantage de la percussion. Mais je dois répéter au lecteur que cette légère difficulté qui s'est présentée à moi dans mes essais sur le cadavre, M. Heurteloup n'en a pas fait mention, et qu'il y a lieu de croire qu'il ne l'a pas rencontrée, quoiqu'on puisse néanmoins lui reprocher de n'avoir pas encore assez décrit la manœuvre de son opération et les mouvemens qu'il imprime à son instrument pour saisir les calculs.

Le danger de saisir les parois de la vessie n'a réellement lieu que lorsqu'il n'y a point assez de liquide injecté, et qu'en même temps la vessie est flasque : elle vient alors s'interposer entre les branches ouvertes de l'instrument. Cela m'est arrivé une seule fois sur le cadavre, mais le liquide injecté s'était perdu dans le ventre à travers la perforation pratiquée pour introduire le calcul. Pareil accident, celui de saisir la vessie, n'est jamais arrivé à M. Heurteloup, bien qu'il ait appliqué sa méthode nouvelle de deux cents à deux cents cinquante fois sur le vivant. Or, je dois encore faire remarquer que dans le cas de parois flasques de l'organe, elles seraient facilement éloignées de l'instrument par l'injection. D'ailleurs, comme je désirais reconnaître les inconvéniens en même temps que les avantages de la méthode Heurteloup, aussitôt que j'ai senti que le percuteur était moins mobile dans la vessie, j'ai soupçonné que la paroi de l'organe était saisie, j'ai serré plus fortement les branches afin de ne pas la lâcher, et j'ai retiré l'instrument en enlevant un petit lambeau de la muqueuse. Si la manœuvre avait eu lieu sur le vivant, à peine la muqueuse eût-elle été touchée, que les plaintes du malade auraient forcé le chirurgien à ouvrir les branches, et après avoir de nouveau fermé le percuteur, à le retirer sans endommager la vessie. Cet inconvénient n'est pas d'ailleurs particulier au percuteur; dans les mêmes circonstances la pince à trois branches dirigée sans précaution ne manquerait point non plus de saisir la vessie.

Au reste, jamais méthode nouvelle n'a été présentée avec un plus grand nombre d'attestations authentiques de succès. Il est intéressant pour nous, et honorable pour M. Heurteloup, qu'il ait pu obtenir,

d'une manière aussi formelle, l'assentiment éclairé des Brodie, Astley Cooper, etc., etc. On verra dans les certificats annexés aux observations publiées dans la brochure de ce chirurgien, que toujours l'instrument a *été* introduit avec facilité, le calcul promptement saisi, écrasé par la percussion, sans douleur vive du malade, que jamais des portions de la muqueuse n'ont été retirées avec l'instrument; que celui-ci l'a toujours été aussi facilement qu'il avait été introduit; on reconnaîtra surtout que la promptitude de la guérison dépasse tous les résultats connus de la lithotritie.

Dans la seconde partie de sa brochure, M. Heurteloup s'est efforcé de prouver *l'insuffisance* du lithotriteur ou perce-pierre ordinaire, et du brise-pierre de Jacobson. Nous ne le suivrons pas dans ses assertions à ce sujet : le lecteur jugera, et nous n'avons pas eu pour but de le dispenser de lire la brochure annoncée. Ce qu'il nous a semblé en la lisant, c'est qu'il y a lieu d'espérer que la lithotritie rendue plus facile va bientôt rentrer dans le domaine de la chirurgie; que dès-lors sa portée réelle sera plus exactement appréciée, et que si elle est enfin jugée généralement préférable à la taille, elle deviendra, pour ainsi dire, populaire parmi les chirurgiens, et cessera d'être ce qu'on appelle une spécialité, c'est-à-dire, un monopole.

S. Laugier.

Traité de pathologie méthodique ou philosophique, basé sur l'expérience; par J. P. Batigne, *docteur-agrégé et chef des travaux anatomiques à la Faculté de Médecine de Montpellier, ex-premier chirurgien chef interne à l'Hôtel-Dieu de la même ville, professeur d'anatomie et de clinique médicale, etc.* Montpellier, 1832. 2 vol. in-8.°, pp. 846.

L'ouvrage dont on vient de lire le titre, *est le résumé des leçons de pathologie théorique, et surtout clinique, que l'auteur a faites pendant huit années consécutives, à un grand nombre d'étudians en médecine.* « L'exactitude des principes qu'il renferme, dit le docteur Batigne, a été vérifiée par mes élèves, au lit des malades. » Cette *exactitude* une fois bien établie, ce médecin ne pouvait plus être arrêté que par la difficulté de *disposer les préceptes en corps de doctrine qui embrassât tous les faits.* Tel est l'objet de cet ouvrage; tel est le problême dont l'auteur croit avoir obtenu la solution.

« *Consensus unus, conspiratio una, consentientia omnia*, a dit le divin vieillard. Cet ordre merveilleux, ajoute le docteur Batigne, ce *consensus unus*, s'observe dans tout ce qui se passe chez les animaux dès l'instant où la cause de la vie et la matière organisable s'identifient. Qu'on étudie la génération et l'accroissement des organes; qu'on observe *la formation et le développement des maladies*, on verra un or-

dre admirable, un *consensus*, une harmonie et une même manière de procéder. Dans l'ensemble *des maladies* et des animaux, comme dans le reste de l'univers, on trouvera avec Leibnitz, l'unité dans la variété. »

De cette harmonie à laquelle sont soumis tous les êtres de l'univers, et que l'on retrouve dans les phénomènes de notre organisme, et, suivant l'auteur, jusque dans nos maladies, résulte la supériorité de la méthode naturelle comme moyen de classification des affections morbides. Pour lui, il est facile de constater que les maladies se développent d'une manière progressive, et en suivant des lois constantes; qu'elles marchent avec un certain ordre; qu'elles vont en général toujours croissant jusqu'à un certain degré; qu'elles diminuent ensuite et qu'elles disparaissent. Mais elles sont loin de procéder toujours avec le même ordre; elles sont sujettes à des irrégularités très-variées, qui les écartent plus ou moins du type normal. Aussi le médecin doit-il avoir le plus grand soin, dans sa médication, de faire disparaître ces irrégularités, et faire tous ses efforts pour rendre à la maladie *sa marche régulière*, car « les cas les plus fâcheux sont, en général, ceux dans lesquels le praticien agit dans un sens contraire à la marche naturelle des maladies, attendu qu'il se constitue en opposition formelle avec ce qui fait sa force. »

Dans ses efforts pour appliquer la méthode naturelle à la classification des maladies, le docteur Batigne ne nous donne aucun renseignement sur la marche régulière de ces maladies. Il la suppose connue, il se borne à nous dire que « toutes les fois qu'une maladie s'éloigne des modes qui lui sont propres ou naturels, elle est avec irrégularité. » « Les types des élémens principaux, ajoute-t-il plus loin, que fournissent les symptômes, et ceux de l'association de ces mêmes élémens, se trouvent jusqu'à un certain point dans l'ensemble des phénomènes qui se présentent dans un accès de fièvre intermittente. Nous verrons, en effet, que les caractères des élémens cardinaux peuvent être à peu-près réduits à ceux des périodes d'un accès. Or, ces caractères se manifestent dans l'ensemble des organes comme dans chaque organe en particulier : il se reconnaissent par des phénomènes que l'on divise en trois classes principales, désignées par les noms : 1.° de constriction, de concentration ou de spasme; 2.° par ceux d'expansion, de réaction; 3.° par ceux de relâchement, de détente ou d'évacuation.

Après s'être appesanti sur la nécessité de connaître *la marche et la subordination des caractères morbides*, le docteur Batigne pose ainsi les problèmes à résoudre au lit des malades; « les prédispositions, les causes, les symptômes, les altérations matérielles, étant connus et classés dans une maladie, quel est leur degré relatif d'importance et de subordination ? En outre, quels sont les moyens de remplir les

indications qu'ils présentent, tout en tenant compte des contre-indications, soit par l'emploi de médicamens qui ont diverses propriétés, soit en combinant plusieurs remèdes dont l'action est différente, mais dont l'efficacité est établie par l'expérience ? Dans le doute, quelle est la conduite qu'on doit tenir ?

Pour arriver à cette solution, l'auteur traite successivement des objets suivans : *de la division de la science médicale ;* ce chapitre est un petit traité de pathologie générale, ou plutôt une explication de plusieurs des termes employés en pathologie. — *De l'essence des affections pathologiques ; des modes et des élémens cardinaux*, etc. ; il entend par *essence* des maladies leur *histoire naturelle ;* par *élémens cardinaux* toutes les circonstances qui font naître une indication ; nous verrons plus loin ses idées sur les *modes* ou *états morbides*. — *Des prédispositions* et *des causes morbifiques.* Les prédispositions peuvent être locales ou générales ; dans le dernier cas elles constituent des diathèses. — *De l'utilité de connaître les causes, la propagation, les conséquences des maladies qui atteignent un grand nombre de sujets.* « Par les mots affections sporadiques, endémiques, épidémiques, on paraît confondre dit-il, les maladies avec leur mode de manifestation, il serait donc plus utile de dire, par exemple, maladie inflammatoire régnant épidémiquement ; ou bien épidémie d'affections inflammatoires, puisque la circonstance d'attaquer un grand nombre de sujets, ne change pas la nature de la maladie. » « A la rigueur, ajoute-t-il, il n'y a pas de maladies contagieuses, mais bien des affections qui offrent, entr'autres caractères, celui de se communiquer par le contact médiat ou immédiat, ou par un foyer d'infection. »

L'auteur traite ensuite *de l'ordre de développement dans l'association des modes pathologiques, ou de la marche des maladies ;* « *il* oppose les modes et les élémens constitutifs des affections les unes aux autres, et non les maladies, puisque celles-ci sont composées de plusieurs modes et d'élémens. » Dans ce chapitre rentrent les irrégularités des affections morbides ; elles sont comprises sous les chefs suivans : 1° irrégularité consistant dans un défaut de rapport entre les prédispositions et les symptômes. 2° irrégularité par rapport à la durée contre nature d'un caractère d'une période. 3° irrégularité dépendant de l'exagération d'un symptôme d'une période. 4° Irrégularité dépendant du changement dans l'ordre d'invasion des organes. 5° Irrégularité provenant de l'ordre renversé d'apparition des périodes. 6° Irrégularité dépendant de la confusion des périodes morbides.

Le docteur Batigne a choisi l'histoire des fluxions pour servir de type aux *modes morbides*, parce que c'est celui qui se rencontre le plus fréquemment. Il définit la fluxion : *une série d'actions d'un ou de plusieurs organes, pour amener une congestion ou un flux.* Il dit deux mots sur l'anatomie *considérée comme moyen d'investigation pour établir le dia-*

gnostic des élémens morbides, et comme objet d'indications; et consacre un chapitre au pronostic *relativement à l'issue des maladies*. Ce chapitre renferme une collection d'aphorismes pris dans Hippocrate et commentés par l'auteur d'après sa méthode. Quelques citations en donneront une idée :

Il convient que la figure des malades ne s'éloigne pas beaucoup de l'état naturel au début de la maladie, de même qu'il est avantageux qu'elle change à la fin. Hipp., Prog. liv. I.

« Il convient que les phénomènes soient réguliers. »

Ceux qui oublient d'uriner ou qui n'urinent que lorsqu'on les en avertit, sont très-mal. Coac., sec. I, page 421. « Irrégularité. »

Aussi les malades qui, dans le délire, s'occupent à palper leurs couvertures, les murailles, les rideaux de leur lit; qui grattent avec leurs mains, qui amassent des flocons, sont phrénétiques et attaqués mortellement. Coac., sect. I, page 421.

« Mouvemens sans raison, ou avec d'autres signes annonçant la lésion d'un organe noble. »

« Il est bon que le corps présente partout la même chaleur et la même souplesse. » etc. etc.

C'est après ce chapitre de commentaires, *d'après sa méthode*, que l'auteur développe ses idées sur les états ou modes morbides. Il en reconnaît sept principaux qu'il appelle *modes cardinaux* : le nerveux, l'inflammatoire, l'orgasme, l'éréthisme, la pléthore, le pituiteux, et la tendance à la putridité. Comme on pourrait demander en quoi *l'orgasme* diffère de *l'éréthisme*, suivant l'auteur, et ce qu'il entend par *tendance à la putridité*, nous allons répondre à ces questions par ses paroles mêmes : « L'irritabilité et l'éréthisme s'observent chez toute espèce d'individus, lors même que ceux-ci paraissent jouir d'une bonne santé. L'éréthisme se remarque cependant d'une manière plus particulière chez les personnes d'un tempérament sanguin et nerveux, chez celles qui sont très-sensibles aux changemens qui se passent dans l'atmosphère, chez celles dont un organe noble est faible, extraordinairement développé ou exercé; l'éréthisme se déclare communément sous l'influence ou après l'usage de causes irritantes, comme après un voyage pénible, une grande fatigue, l'insolation, un régime échauffant, l'abus des boissons alcoholiques, celui d'un traitement excitant. Il se montre encore pendant la convalescence d'une maladie longue ou brusquement emportée, après le passage alternatif du froid au chaud ou du chaud au froid. » — « J'appelle orgasme ou turgescence un ensemble de phénomènes physiologiques ou pathologiques qui, d'un côté, se confondent avec les phénomènes nerveux, et qui d'un autre côté, se lient avec l'état inflammatoire et avec l'état pléthorique. » — « La prédisposition à l'état putride, ou les individus qui sont prédisposés à cet état, se reconnaissent aux traits qui annoncent

ce que les anciens désignaient sous le nom de cacochymie. Celle-ci est indiquée par une couleur jaune pâle ou paille de tout le corps, principalement de la face. Dans ce cas, les paupières sont légèrement infiltrées, les organes de la vision sont chassieux; ils laissent parfois couler une matière limpide qui excorie les joues. La caroncule lacrymale est pâle ou verdâtre; les yeux sont languissans et ternes. Le pourtour des narines, comme celui des ouvertures naturelles, sont décolorés, etc. etc. » On voit que ces modes morbides sont en général des prédispositions individuelles, qui dominent les maladies et leur impriment un caractère particulier, dans lequel le médecin doit puiser toutes ses indications.

L'ouvrage du docteur Batigne est terminé par vingt-sept observations rédigées *d'après la méthode de l'auteur*. Elles ne présentent rien de remarquable, sauf un petit nombre d'entre elles qui sont intéressantes en elles-mêmes, si ce n'est un style peu usité dans les rédactions de ce genre, et qui n'est guères compréhensible que pour ceux qui sont imbus des idées théoriques du D.r Batigne. Une seule observation est terminée par la mort; l'auteur a choisi des faits terminés heureusement parce que « la plupart des maladies qui se terminent d'une manière funeste, sont *incomplètes*, dans ce sens qu'elles n'ont point parcouru toutes leurs périodes. » Il serait beaucoup plus raisonnable de considérer comme *complètes* ces mêmes maladies, puisqu'on a non seulement les phénomènes morbides, mais encore les altérations anatomiques, c'est-à-dire, toute la maladie, et de voir dans les affections suivies de guérison des maladies *incomplètes* et dont la marche fatale a été enrayée par un traitement habile ou par toute autre cause. Mais pour le docteur Batigne, ce n'est pas la maladie qui tue, c'est au contraire la maladie qui sauve, puisqu'elle n'est autre chose qu'une réaction contre le principe morbifique, contre la cause de mort. De là, la nécessité de faire disparaître les irrégularités qui se manifestent dans la marche des maladies, comme on l'a vu plus haut.

Cet ouvrage doit être considéré sous un double rapport : 1.° pour le fond; on y trouve tous les erremens de l'école de Montpellier; l'auteur a pris pour des faits, des abstractions, des vues de l'esprit, et il a élevé sur cette base sa doctrine qui n'est qu'un pâle reflet des idées de Barthez, de Dumas, etc. 2.° Pour la forme : défaut d'ordre dans le plan, style correct, mais souvent dénué de clarté.

G. R.

MÉMOIRES

ET

OBSERVATIONS.

DÉCEMBRE 1833.

***Recherches expérimentales sur quelques maladies des os du pied peu connues jusqu'à ce jour; par le docteur* ROGNETTA.**

Quod superest faciam ego, quoad potero.
SCARPA, Anatomicarum annotationum.

§. I.er *Luxations de l'astragale.* — Qu'une puissance extérieure, en détruisant une portion de la peau et des autres parties molles qui couvrent les os du pied, déloge en même temps et expulse au dehors quelques-uns des os du tarse, cela n'a rien qui doit étonner; car, malgré l'énorme résistance qui résulte de l'arrangement admirable de ces os, de quels effets un puissant levier n'est-il pas capable? *Da mihi ubi consistam*, disait Archimède, *cœlum terramque movebo!* Dans différentes circonstances en effet, comme lorsque le pied d'un individu s'est trouvé engagé entre les rais d'une roue de voiture en mouvement, ou bien à l'étrier d'un cheval galoppant encore après la chute du cavalier, ou bien, enfin, entre deux rayons d'une rampe, en tombant dans un escalier, etc., dans toutes ces circonstances, dis-je, on a non-seulement vu l'astragale chassé de sa place naturelle, mais aussi plusieurs os du tarse entièrement luxés et sortis au-dehors, de manière qu'on a pu en faire l'enlèvement total. La chirurgie pos-

sède aujourd'hui plus de cinquante observations authentiques *d'ablation complète* de l'astragale par suite de luxation de cet os, et dont les malades sont presque tous guéris. Mais qu'une puissance extérieure puisse agir sur le pied, de manière *à déchâtonner*, soit complètement, soit incomplètement, un des os du tarse, sans détruire les tégumens qui le couvrent, et, surtout, qu'une telle puissance puisse quelquefois renverser, *sens dessus-dessous*, un de ces os, tels que l'astragale, par exemple, sans produire aucune espèce d'écrasement extérieurement, cela a quelque chose d'incompréhensible, d'*incroyable même*, aux yeux de beaucoup de chirurgiens ; car, de quels engrénages multiples, variés et solides, de quels ligamens puissans la nature n'a-t elle pas pourvu les articulations des os du tarse ! Cependant ces faits n'existent pas moins, et quels que soient nos doutes à cet égard, il ne faut pas moins baisser le front devant l'expérience.

En publiant ce travail, je n'ai pas la prétention d'ajouter aux connaissances qu'on possède déjà sur les *luxations complètes de l'astragale, accompagnées de déchirure de la peau;* ces déplacemens sont déjà très-connus, comme je viens de le dire. Mon but principal n'est ici que de jeter quelque lumière sur le mécanisme et le traitement des *délogemens incomplets* de l'astragale, c'est-à-dire, de ces luxations de cet os qui existent *sans déchirure de la peau qui le couvre.* Ces luxations étant, à-la-fois, et plus graves et moins *comprises* que les précédentes, nous paraissent mériter la plus grande attention de la part de nos confrères.

On chercherait envain dans les anciens des exemples de luxations de l'astragale proprement dites. Les anciens confondaient ces luxations avec celles du pied entier sur la jambe. Dans son livre *De articulis*, Hippocrate s'est beaucoup occupé des luxations du pied, mais il ne dit mot des déplacemens dont il est ici question. Il faut arriver jusqu'à Hildanus pour trouver des details assez précis sur les luxations de l'astra-

gale (1). Il est étonnant que J. L. Petit, observateur si attentif et si exact, ait aussi, comme ses devanciers, confondu les luxations du pied avec les luxations propres de l'astragale, du moins il n'en fait pas la distinction; mais cet auteur a décrit une espèce de luxation incomplète du calcanéum, dont personne n'avait parlé avant lui, et dont nous traiterons par la suite (2). Duverney n'a rien ajouté aux idées émises par Hildanus à ce sujet (3). Bell lui-même décrit, sous le titre de luxations de l'astragale, les *déplacemens propres* de tout le pied (4). Monteggia (5), Nannoni (6), M. Astley Cooper (7), Boyer (8), et tant d'autres auteurs modernes, ont, il est vrai, donné des idées assez nettes et précises sur les luxations de l'astragale, mais ces chirurgiens ne se sont appesantis que sur les déplacemens complets de cet os, compliqués de l'ouverture extérieure de l'articulation tibio-tarsienne et de la sortie de l'astragale par la plaie. Or, je le redis encore, ce ne sont pas là les luxations les moins connues, les moins étudiées : celles qui avaient le plus besoin *d'être éclaircies* étaient, ainsi que je l'ai insinué, les demi-luxations; les luxations incomplètes de l'astragale *sans déchirure des tégumens*. C'est ce que ces auteurs n'ont fait qu'incomplètement. Desault cependant, sans avoir positivement étudié le mécanisme des luxations incomplètes de l'astragale paraît avoir

(1) F. Hild. *Opera, cent. secunda.*

(2) J. L. Petit, *Traité des Maladies des os*, t. I.er, p. 321, 2.e édit. 1723.

(3) Duverney, *Traité des Maladies des os*, tome II. Paris, 1751.

(4) Bell, *System. of Surgery*, t. VII, p. 193 et suiv., 6.e édit.

(5) Monteggia, *Istituz. chirur.*, t. V, p. 166 et suiv. Milan, 1814.

(6) Nannoni, *Trattato delle Malattie chirurgiche*, t. II, p. 351 édit. in-4.o

(7) Astley Cooper's, *On dislocations and fractures of the joints*, pag. 228 et suiv.

(8) Boyer, *Traité des Mal. chir.*, t. IV, p. 376 et suiv.

des idées bien arrêtées sur ce sujet (1). La chirurgie est très-redevable à M. Dupuytren pour les lumières que ce célèbre praticien a répandues sur les espèces de luxations qui nous occupent. Entrons en matière.

Profondément emboîté dans le centre de l'articulation du coude-pied, à peu près comme l'est le sphénoïde dans le milieu des os de la base du crâne, l'astragale remplit, pour ainsi dire, (que cette comparaison me soit ici permise) les mêmes fonctions qu'une selle anglaise justement adaptée sur le dos d'un cheval qu'un cavalier surmonte. Limité *en haut*, par la mortaise articulaire du tibia (ginglyme); *latéralement*, par les deux malléoles; *en bas*, par la face articulaire dorsale du calcanéum (arthrodie); et *antérieurement*, par la cavité elliptique du scaphoïde (énarthrose), l'astragale est solidement arrêté dans le milieu de cette espèce de forteresse osseuse par de nombreux et puissans ligamens. Un large ligament interosseux, d'une résistance énorme, (*calcanéo-astragalien*, ou ligament *sous-astragalien*) qui unit la face inférieure de l'astragale à la supérieure du calcanéum, de la même manière que la tête du fémur est jointe à la cavité cotyloïde de la hanche: trois ligamens latéraux externes (*fibulo-astragalo-calcanéens*): un ligament latéral interne (*ligament deltoïdien de Scarpa*) un large ligament antérieur (*tibio-astragalien antérieur*); deux autres ligamens qui embrassent la tête de l'astragale (*astragalo-scaphoïdiens*): quatre membranes synoviales, dont deux inférieures; une supérieure pour la poulie, et l'autre antérieure pour la tête de l'astragale: du tissu cellulo-graisseux et fibreux très-résistant, des tendons nombreux, des artères et des nerfs, tels sont les moyens puissans et multiples dont la nature s'est servie pour affermir l'astragale au milieu des autres os qui lui servent de *rempart*.

(1) Desault, *Journal de chirurgie*, t. I.er, p. 208; et *OEuvres chir.*, t. I.er, p. 435.

On concevra aisément la raison de cette admirable fortification de l'astragale quand on se rappellera que c'est sur cet os que *roule* tout le poids du corps dans la marche.

En regardant la tête de l'astragale sur le squelette, on croirait au premier abord, que c'est du côté interne du pied que cette partie est le plus sujette à se luxer. C'est sur le bord interne du pied, en effet, qu'il existe une grande échancrure entre le calcanéum et le scaphoïde; échancrure très-profonde, de figure elliptique, qui peut admettre la première phalange du pouce toute entière, et sur laquelle repose la plus grande partie de la tête de l'astragale. Cette première idée semblera d'autant plus probable qu'en faisant sur le squelette le moindre essai pour luxer l'astragale, la tête de cet os n'a de la tendance à s'échapper que du côté interne du pied. Mais si l'on examine la chose sur un cadavre, après avoir décharné le pied et la jambe sans couper les ligamens articulaires, l'on verra, ainsi que je le démontrerai plus bas, que c'est du côté interne du pied, ou du côté de l'échancrure sus-indiquée, qu'il est le plus difficile de luxer la tête de l'astragale; tandis qu'on peut assez facilement produire la luxation *antéro-supérieure* de la tête de cet os; c'est-à-dire, faire passer directement la tête de l'astragale, de la cavité qu'elle occupe au-dessus du scaphoïde, ou au-dessus de la partie antérieure du dos du pied. Disons, en attendant, que la luxation primitive *en dedans* de la tête de l'astragale, est, sinon impossible, au moins très-difficile, par trois raisons : 1° Parce que l'échancrure scaphoïdo-calcanéenne est, sur le vivant, remplie par des ligamens d'une résistance énorme, presqu'insurmontable. En cela, l'articulation astragalo-scaphoïdienne ressemble parfaitement aux autres articulations orbiculaires qui sont pourvues d'une échancrure. C'est ainsi, par exemple, qu'à l'articulation coxo-fémorale la tête du fémur se luxe beaucoup plus difficilement du côté interne où il existe une échancrure que du côté opposé où il n'y en a point.

2° Parce que c'est à la partie antérieure que la capsule articulaire scaphoïdo-astragalienne offre le moins de résistance. C'est en effet de ce côté qu'elle est lâche et facilement extensible. Aussi la tête de l'astragale s'échappe-t-elle plus aisément dans ce sens que dans tout autre. C'est ainsi aussi que la tête de l'humérus a plus de tendance à se luxer en bas, dans l'aisselle, où la capsule articulaire offre moins de résistance que partout ailleurs. 3° Parce que la seule puissance qui peut faire déloger l'astragale agit comme un lévier de premier genre, formé par le tibia, dont la direction doit être nécessairement dans le sens antéro-postérieur du pied, ainsi que nous le démontrerons par la suite. L'opinion que je viens d'émettre est d'accord avec les idées avancées à ce sujet par un des plus grands chirurgiens de son siècle, le célèbre Scarpa (1). Ajoutons enfin, comme une conséquence des considérations anatomiques qui précèdent, que *l'astragale ne peut pas du tout se luxer en arrière, car il n'y a pas de force qui puisse agir sur cet os de la tête vers la poulie.*

Lorsque le pied se luxe en totalité dans une des quatre manières dont il est susceptible de l'être, l'astragale suit ces mêmes directions, en conservant toujours ses rapports normaux avec les autres os du tarse. Dans ces cas, quoique l'astragale ait perdu en totalité ou en partie ses relations articulaires avec les os de la jambe, on n'appelle pas ces déplacemens-là, *des luxations de l'astragale*; on les nomme, au contraire, *luxations du pied*; et c'est avec raison, je crois; car c'est le pied tout entier qui est la partie délogée, l'astragale n'ayant nullement perdu ses rapports d'articulation avec les autres os du tarse. Il y a cependant des praticiens qui n'ayant égard qu'au déboî-

---

(1) Scarpa, *Memoria chirurgica su i piedi torti*. Pavia, 1804, in-4° avec planches.

tement seulement de la poulie articulaire de l'astragale d'avec la mortaise inter-malléolaire de la jambe, désignent du nom de *luxations de l'astragale* les déplacemens dont nous venons de parler (1). Cette désignation est impropre, par les raisons que nous venons d'avancer. Il a plu aussi à M. Astley Cooper de nommer *luxations de l'extrémité inférieure de la jambe*, ce que tous les chirurgiens anciens et modernes étaient convenus d'appeller *luxations du pied* (2). Il est vrai qu'en toute chose le tout est de s'entendre sur la valeur des mots; mais j'ose dire, à cet égard, que la désignation du célèbre chirurgien anglais est ici *inexacte*; car, dans les luxations des articulations ginglymoïdes, on tient pour *luxée* la partie déplacée qui est le plus éloignée du tronç.

Mais lorsque l'astragale, tout en perdant ses relations articulaires avec la jambe, cesse en même temps d'être en rapport normal avec le calcanéum et le scaphoïde; c'est là ce que nous nommons *une véritable luxation de l'astragale*. Que si, au contraire, sans bouger de place, et conservant encore ses rapports d'articulation avec la jambe, l'astragale se trouve déjoint, en totalité ou en partie, soit d'avec le calcanéum, soit d'avec le scaphoïde, on aura, dans le premier cas, *une luxation du calcanéum*; dans le second, *une luxation du scaphoïde*. Ces deux dernières luxations peuvent exister en même temps sur un même pied, nous en parlerons par la suite.

Les faits authentiques que la science possède jusqu'à ce jour, de luxations de l'astragale, prouvent que cet os peut se trouver déplacé de quatre manières différentes; savoir, *en avant* (sur le dos du pied); *en dedans* (sur le côté interne du pied); *en dehors* (côté externe du pied); et *sens-*

(1) Bell's *System of Surgery*, t. VII, p. 193; 6me édit.
(2) A. Cooper, *Ouvrage cité*, p. 237 et suivantes.

dessus-dessous: j'ai déjà dit pourquoi la luxation de l'astragale en arrière était impossible. Avant d'étudier cependant le mécanisme de ces quatre modes de luxations de l'astragale, rappellons en peu de mots le mécanisme de quelques mouvemens du pied dans l'état normal.

Dans la *station debout*, tout le poids du corps répond au centre de la poulie de l'astragale. Dans la *marche ordinaire*, la poulie de l'astragale fait en quelque sorte l'office d'un *pivot mobile* sur lequel s'exécutent les différens mouvemens de *translation* de la machine entière. Trois espèces de mouvemens doivent se passer au coude-pied pour que cette translation puisse avoir lieu à l'état naturel: 1.° mouvemens du tibia et du péroné sur la poulie de l'astragale; 2.° mouvemens de l'astragale sur les os de la jambe et sur les os du tarse; 3.° mouvemens *de totalité* entre l'astragale et les os de la jambe à la fois sur les os du tarse.

D'après les considérations anatomiques que nous venons de faire, il est évident que l'extrémité inférieure des os de la jambe ne peut exécuter d'autres mouvemens sur l'astragale, que ceux d'avant-en-arrière, et d'arrière en avant, ou de *flexion et d'extension*. Dans l'état normal, les deux malléoles s'opposent physiquement aux mouvemens latéraux de l'astragale, si l'on excepte toutefois un très-léger glissement latéral, autant que l'élasticité des ligamens péronéo-tibiaux peut le permettre. Quoique le pied tout entier cependant puisse être plié et renversé même sur l'un et l'autre de ses bords, de manière que sa plante, de perpendiculaire qu'elle est dans l'état naturel, devienne parallèle à la direction de la jambe; et que nous puissions même, pendant un certain temps, marcher sur un des bords latéraux du pied, néanmoins nous verrons tout à l'heure que ces mouvemens latéraux du pied ne dépendent pas de l'articulation tibio-tarsienne, mais bien des articulations des os du tarse. De son côté aussi, l'as-

tragale tout entier peut exécuter des mouvemens d'avant en arrière, ou de flexion et d'extension, sur la mortaise articulaire formée par l'extrémité inférieure des os de la jambe. Mais, dans la troisième espèce de mouvement de ces os, que j'ai appelé *mouvement de totalité*, le mécanisme est bien autrement compliqué que celui des deux premières espèces de mouvemens dont nous venons de faire mention. Expliquons-nous avec détail.

Lorsque nous nous transportons d'un endroit dans un autre, la première action du pied est celle de se *fléchir* légèrement sur la jambe ; mais, de son côté, la jambe aussi se fléchit sur le pied dans le même mouvement, de sorte que le mécanisme de cette action consiste dans un double mouvement d'inclinaison, savoir : de la poulie de l'astragale *d'avant en arrière*, et de la mortaise articulaire des os de la jambe *d'arrière en avant*. Dans ce même mouvement, les deux malléoles glissent sur les deux faces articulaires latérales de l'astragale, tandis que la poulie de ce même os se porte en arrière. Voilà pourquoi Duverney appelle avec raison, je crois, *os à mouvemens réciproques*, les parties dont nous parlons (1). En outre, il est évident que le pied tout entier ne peut se fléchir, et la poulie de l'astragale ne peut rouler d'avant en arrière, sans que la tête de cet os ne s'enfonce en même temps vers la face plantaire, en glissant sur la cavité elliptique du scaphoïde. Il est évident aussi, que, pour que ce mouvement de l'astragale s'exécute, il faut que la face inférieure de cet os glisse légèrement d'avant en arrière sur la face supérieure du calcanéum. Après ce premier acte de double flexion du membre pour marcher, le pied s'avance avec la jambe et sa face plantaire va poser sur le sol, ce qui constitue *le pas* proprement dit. Dans ce mouvement, il y a extension du pied sur la jambe,

(1) Duverney, *Malad. des os*, t. II, p. 267.

et extension de la jambe, à la fois, sur le pied et sur le fémur. C'est dans cette action que s'exécutent les mouvemens *de totalité* de l'astragale avec la partie inférieure de la jambe dont on a parlé. Voici ce qui se passe dans ce second acte de la marche : en glissant d'avant en arrière, la mortaise quadrilatère intermalléolaire pousse la poulie articulaire de l'astragale d'arrière en avant *et de haut en bas ;* et par les ligamens qui l'unissent à ce dernier os, la partie inférieure de la jambe fait exécuter à l'astragale tout entier un mouvement de bascule de bas en haut ; si bien que la tête de cet os se trouve plus ou moins soulevée sur le dos du pied.

Nous pouvons nous convaincre de cette vérité en appuyant deux doigts sur la tête de l'astragale d'un individu qu'on fait marcher ; on sent manifestement la tête de cet os tantôt se relever au-dessus du dos du pied, tantôt s'enfoncer vers la plante, selon que le pied s'étend ou se fléchit sur la jambe. Delà résulte que si le mouvement d'extension du pied est très-forcé, et que celui d'extension de la jambe soit très-considérable, ou (ce qui équivaut au même), que la jambe soit fortement étendue sur la cuisse, l'apophyse antérieure de l'astragale deviendra tellement proéminente sur le dos du pied qu'elle pourra rompre la capsule ligamenteuse qui la couvre, franchir tout-à-fait le rebord articulaire du scaphoïde et se luxer en avant. Si l'on suppose donc qu'un individu descende sur un plan très-incliné en avant, la jambe et le pied seront tellement étendus en sens contraire l'un sur l'autre, que la tête de l'astragale se trouvera dans les mêmes prédispositions à se luxer en avant, que l'est la tête de l'humérus à se luxer dans l'aiselle, lorsque le bras se trouve élevé en haut.

Ce mouvement *de totalité* une fois expliqué, il n'est pas difficile de comprendre les autres mouvemens que la tête de l'astragale doit subir dans les différentes attitudes du pied

et de la jambe, comme dans l'action de danser, etc. Ces réflexions physiologiques n'avaient pas échappé à l'esprit de Duverney : « Le pied, dit cet anatomiste, ne peut être appuyé par terre, ni mu, qu'il ne se fasse un espèce de mouvement de la tête de l'astragale dans la cavité du scaphoïde, soit en dedans, soit en dehors, soit de haut en bas, ou de bas en haut; ce qui dépend de la position du pied et des endroits où l'on marche. (1) » Dans ces cas, les os de la jambe agissent tantôt à la manière d'un levier de première espèce (et c'est lorsque la tête de l'astragale est directement poussée d'arrière en avant et de bas en haut); tantôt ils agissent à l'aide d'une de leurs malléoles seulement, et poussent la tête de l'astragale soit en dedans soit en dehors; mais ces derniers mouvemens ne peuvent jamais produire la luxation de la tête de cet os, car les malléoles se cassent plutôt qu'elles ne déboîtent l'astragale.

J'ai déjà dit que, dans les mouvemens latéraux du pied, l'articulation tibio-tarsienne n'entrait presque pour rien, si l'on excepte le mouvement *de totalité* de l'astragale avec le tibia, dont j'ai parlé plus haut. Lorsque nous plions le pied sur un de ses bords, sur le bord externe, par exemple, de manière que son bord interne devienne supérieur et que sa plante réponde à la partie interne, il est évident que la tête de l'astragale fait une grande saillie sur le dos du pied et que la cavité articulaire intermalléolaire n'a rien perdu de ses rapports avec la poulie de l'astragale. Il suffit d'un peu de réflexion pour comprendre que ce renversement latéral du pied n'a pu s'opérer que sur les articulations *calcanéo-scaphoïdo-astragalienne*, et sur celle de la seconde rangée des os du tarse avec la première. On peut en dire autant du renversement du pied en haut comme lorsque nous essayons de marcher sur le talon.

(2) *Ibid.*, p. 75.

Dans le renversement du pied sur son bord interne, si nous essayons de marcher pendant quelques minutes sur ce bord, la plante étant tournée en dehors, la tête de l'astragale, au lieu de faire saillie sur le dos du pied comme dans le cas ci-dessus, est, au contraire, enfoncée dans la cavité scaphoïdienne. Pendant cet essai cependant, on sent une forte douleur dans tous les os du tarse. Cette douleur est évidemment le résultat du tiraillement des ligamens qui unissent ces os entre eux. Lorsqu'on pratique, en effet, cette espèce de mouvement sur le pied d'un cadavre, on voit que dans cet acte le scaphoïde glisse en se relevant sur la tête de l'astragale; le cuboïde exécute un mouvement d'ascension et de rotation en dedans sur le calcanéum, tandis que ce dernier os se tourne dans un sens opposé : les trois cunéiformes eux-mêmes exécutent aussi un léger glissement vers le dos du pied, en s'éloignant un peu entre eux à la surface supérieure. En un mot, dans le renversement du pied sur son bord interne, qui, en général, est moins étendu que celui qu'on produit dans le sens opposé, tous les os du tarse, la tête de l'astragale comprise, exécutent entre eux une multitude de mouvemens variés, et donnent à la vue sur le cadavre la même sensation que les différentes *touches* d'un piano en action (1). De tout ce qui précède, il résulte : 1° Que la luxation de la tête de l'astragale est extrêmement difficile, pour ne pas dire impossible, dans le renversement du pied sur le bord interne ; 2° que c'est dans ce mouvement surtout que le scaphoïde, le cu-

---

(1) Duverney a vu un jeune homme âgé de 18 à 20 ans, adonné entièrement à la danse, qui avait le scaphoïde de chaque pied luxé en haut et faisant saillie de plus d'un travers de doigt au-dessus des cunéiformes et de l'astragale, sans en être nullement incommodé. Ce déplacement lui était arrivé graduellement par l'exercice de la danse. (Duverney, *Malad. des os*, t. II, page 77).

Monteggia et M. A. Cooper ont aussi, deux fois chacun, observé la luxation du cunéiforme interne ou externe sur le dos du pied.

boïde et les cunéiformes peuvent se luxer ; 3° que dans le renversement du pied sur son bord externe, la tête de l'astragale, étant très-saillante sur le dos du pied, acquiert une grande tendance à se luxer en avant. Passons maintenant au mécanisme des luxations de l'astragale.

En général, pour que l'astragale se luxe, il faut que le pied se trouve dans une forte extension sur la jambe et que la jambe soit, par le poids du corps, entraînée dans une violente extension sur le pied. Ce n'est que dans cette action seulement que l'astragale peut être déboîté des autres os qui l'environnent. Ainsi, par exemple, qu'un individu tombe de très-haut, la plante du pied donnant sur un plan incliné d'arrière en avant ; ou bien, qu'il tombe de cheval, le pied restant engagé entre l'étrier et le ventre du cheval, la chute du corps en arrière peut produire la luxation de l'astragale par la violente impulsion que la face postérieure de la poulie de cet os reçoit par le bord postérieur de l'extrémité inférieure du tibia. Par là on voit que la *force luxante* n'agit sur l'astragale qu'après s'être communiquée tout entière aux os de la jambe, surtout au tibia. Dans cette luxation, par conséquent, le tibia fait l'office d'un levier de premier genre, dont la *puissance* est appliquée à son extrémité supérieure ; la *résistance*, sur l'astragale ; et *le point d'appui*, sur le calcanéum. C'est sur ce dernier os en effet, que le bord postérieur de l'extrémité inférieure du tibia pose, dans une forte extension réciproque du pied et de la jambe. De là résulte aussi que, si le *levier* se casse avant l'accomplissement de cette luxation, il n'y a pas d'autre puissance qui pourra déboîter l'astragale, à moins toutefois que les fragmens du tibia fracturé ne soient engrénés entre eux de manière à transmettre la réaction de la chute du corps sur l'astragale, ce qui est rare. Voilà pourquoi la luxation de l'astragale ne se rencontre ordinairement que sur les sujets adultes bien portans, dont le tibia est doué d'une grande résistance ; car

chez les sujets mal portans, et chez les vieillards surtout dont les os sont fragiles, ces parties se fracturent plutôt qu'elles ne se luxent, Je pense qu'en général, lorsque la luxation de l'astragale coéxiste avec la fracture du tibia, ce dernier os n'a été fracturé qu'après la luxation du premier (1). Il est à peine nécessaire d'ajouter que dans l'espèce de débottement dont nous parlons, le péroné ne peut pas avoir une très-grande influence; attendu que, comme on sait, cet os se fracture très-facilement, même quelquefois dans une simple entorse du pied.

Si vous engagez le pied d'un cadavre sous le pont d'un ruisseau d'amphithéâtre, ou bien entre deux barres d'une grille de fer, et que vont essayiez de luxer l'astragale en tirant avec une grande force tout le corps du sujet en arrière, vous verrez le péroné, le tibia, l'une ou l'autre malléole se fracturer avec assez de facilité, tandis que la luxation qu'on veut obtenir est presque absolument impossible. J'ai pu m'assurer par cette première expérience qu'avant que la fracture du tibia n'ait lieu, la tête de l'astragale fait une très-grande saillie sur le dos du pied; mais que cette saillie cesse d'être aussi prononcée aussitôt que le tibia a cassé. Ceci confirme une des propositions que j'ai déjà émises concernant la manière d'agir *du lévier luxant*. La luxation qu'on veut produire est d'autant plus difficile que le sujet est plus âgé; car, les os se fracturent alors plus aisément, ainsi que nous venons de l'insinuer.

---

(1) J'ai deux fois eu l'occasion d'observer, dans les salles de M. Dupuytren, la fracture *simple* de l'astragale sans aucune déchirure de la peau du pied, par suite de chute faite de très-haut sur les pieds. Au moment même de l'accident, ou bien après que le gonflement était dissipé, j'ai constaté cette fracture par la sensation, *comme de plusieurs noix renfermées dans un sac*, que le toucher m'a fournie. Je ne sache pas qu'aucun auteur ait parlé de cette espèce de fracture sans luxation et sans aucune lésion des parties molles. La guérison s'est opérée sans rien présenter de remarquable.

M'ayant procuré, en différentes reprises, des jambes de cadavre de sujets jeunes, j'ai pu varier ces expériences à loisir chez moi. En exerçant une très-grande force sur l'extrémité supérieure d'un de ces membres, le pied étant retenu sous la barre d'un balcon, je n'ai pu obtenir d'abord que la simple fracture du péroné. Ayant cependant consécutivement augmenté de beaucoup la puissance du lévier formé par la jambe, en y surajoutant tout le poids de mon corps, je suis parvenu à luxer la poulie articulaire de l'astragale de la mortaise inter-malléolaire; ce qui équivaut, en d'autres termes, *à une luxation du pied en avant.*

Toutes les fois que, par suite de ces sortes d'expériences, le péroné avait été cassé près de sa malléole, *la luxation incomplète du pied en dehors* n'était pas difficile. Mais la luxation de l'astragale, proprement dite, et la luxation du pied en dedans m'ont été absolument impossibles. J'ai cru par conséquent devoir procéder différemment pour arriver au résultat que je voulais obtenir.

J'ai décharné le pied et la jambe d'un cadavre, en respectant tous les ligamens articulaires du pied. Je l'ai engagé sous la barre de fer d'un balcon, de la manière indiquée ci-dessus, et j'ai mis en action le lévier formé par la jambe, en agissant doucement d'abord. J'ai observé que lorsque le pied est fixe et que la jambe agit d'avant en arrière, le large ligament antérieur de l'articulation tibio-tarsienne est le premier à se déchirer à son attache supérieure. La poulie articulaire de l'astragale se trouve immédiatement à découvert après ce déchirement. En continuant l'extension de la jambe avec assez de force, la poulie de l'astragale se découvre davantage en avant, et la malléole externe, qui est plus longue que l'interne, appuie enfin sur la partie postérieure externe du calcanéum. Si l'on pousse davantage l'action du lévier formé par le tibia, le péroné se trouvant alors pressé entre deux forces supérieures à sa résistance, doit nécessairement se fracturer, comme il se

fracture en effet, à sa partie inférieure. Dans cette expérience, les ligamens qui unissent la partie inférieure du péroné au tibia se trouvent constamment rompus en totalité ou en partie. De là, la diastase de l'extrémité inférieure de la jambe; de là, l'éloignement réciproque des deux malléoles; ce qui favorise singulièrement la luxation de l'astragale. En effet!

Aussitôt après la fracture du péroné, le lévier formé par le tibia n'étant plus contrebalancé que par la seule résistance de l'astragale, pousse fortement cet os d'arrière en avant et le fait glisser de bas en haut sur la face supérieure du calcanéum. La tête de l'astragale fait une très-grande saillie sur le dos du pied, et si le lévier luxant ne manque, on verra bientôt cette apophyse astragalienne rompre le ligament qui la joint à la cavité du scaphoïde et se luxer entièrement en avant. Il est curieux de voir comment, dans cette luxation, le ligament inter-osseux sous-astragalien se trouve tiraillé sans se rompre qu'en partie. Je n'ai jamais pu réussir à rompre complètement ce ligament par la simple action du lévier.

La chose qui me paraît importante à établir ici, c'est que j'ai pu, de la manière que je viens d'indiquer, produire constamment la luxation de la tête de l'astragale en avant; mais lorsque j'ai voulu essayer de faire sortir *primitivement* la tête de cet os, soit en dedans soit en dehors du pied, cela m'a été tout-à-fait impossible; le péroné, le tibia lui-même, s'étant cassés sous les efforts dirigés dans le sens latéral du pied. Ceci est aussi d'accord avec les propositions que nous avons avancées sur ce sujet.

Une fois que la luxation de la tête de l'astragale avait été produite de la manière que je viens de dire, il était facile de rendre *interne* ou *externe* cette luxation, *d'antérieure* qu'elle était. Pour cela, il suffisait de diriger la force du lévier dans la même direction qu'on voulait imprimer à la tête de l'astragale, ce qui me paraît aisé à comprendre.

Mais, je le répète, jamais, dans toutes ces expériences, je n'ai pu produire *primitivement* les luxations latérales de l'astragale; jamais non plus je n'ai pu, dans ces expériences, rompre le ligament inter-osseux calcanéo-astragalien. Je ferai remarquer aussi qu'aussitôt que la tête de l'astragale avait été luxée sur le dos du pied, l'action du lévier luxant diminuait en grande partie, parce que le bord postérieur de l'extrémité inférieure du tibia glissait en arrière sur la tubérosité du calcanéum.

J'ai voulu plus tard couper primitivement le ligament capsulaire de la tête de l'astragale avant de reproduire la luxation. Je puis assurer que la luxation n'a pas été plus facile pour cela; car toute la résistance dans cette luxation n'est produite que par le ligament sous-astragalien, qui, comme je l'ai déjà remarqué, est aussi puissant que celui de la tête du fémur. D'ailleurs, le ligament de la tête de l'astragale étant très-faible et très-lâche à sa partie antérieure, ne pouvait pas opposer une grande résistance. Je pris en conséquence le parti de couper uniquement le ligament inter-osseux avant de reproduire la luxation; le déboîtement fut alors très-facile (1).

Je dois ajouter cependant qu'il est très-difficile de détruire complètement le ligament en question avant que l'astragale soit déplacé. C'est en agissant du côté externe de l'astragale que j'ai pu après beaucoup de patience couper ce ligament à l'aide de ciseaux courbes et de pinces. Il existe en

(1) Lorsque, par suite de certaines entorses du pied, il survient un gonflement douloureux, chronique, sur le dos du tarse, qui dégénère souvent en tumeur blanche, c'est le ligament sous-astragalien qui est le siége principal de l'engorgement et de la douleur. Il se fait entre le calcanéum et l'astragale un commencement de luxation spontanée comme dans cette maladie de l'articulation coxo-fémorale qu'on appelle *coxalgie*. Cette opinion que j'admets ici, comme *probable*, avait déjà été avancée comme *certaine* par Duverney, tom. II, pag. 76.

effet sur le côté externe de l'astragale, entre la tête de cet os, la tubérosité antérieure du calcanéum et le scaphoïde une cavité d'un pouce de largeur, qui est remplie par le ligament inter-osseux en question et par de la graisse. C'est donc uniquement de ce côté que ce ligament peut être attaqué. La remarque que je viens de faire n'est pas inutile pour notre sujet, car nous verrons plus tard qu'il y a des cas de luxations incomplètes de l'astragale, où le chirurgien est obligé d'aller couper le ligament calcanéo-astragalien et extraire l'os luxé si sa réduction était impossible.

Il est à peine nécessaire d'ajouter que, dans la luxation *en dehors* de la tête de l'astragale, le ligament deltoïdien se trouve constamment déchiré, plus ou moins selon le degré de déplacement. Mais dans la luxation *en dedans* de ce même os, comme la partie inférieure du péroné se casse avant la luxation, le fragment inférieur de cet os suit en partie le déplacement de l'astragale sans que les ligamens latéraux externes de l'articulation tibio-tarsienne aient subi un grand désordre (1).

Pour nous résumer donc sur ce que nous venons d'avancer concernant le mécanisme des luxations de l'astragale, nous dirons; 1.° que pour que la luxation de l'astragale ait lieu, il faut que le pied et la jambe soient tellement étendus l'un sur l'autre que le tibia devienne presque parallèle aux os du tarse : 2.° Que dans cette attitude, le premier ligament à se rompre est le tibio-astragalien antérieur : 3.° Qu'après la rupture de ce ligament, la poulie articulaire de l'astragale quitte la mortaise quadrilatère inter-mal-

(1) La résistance considérable des trois ligamens externes de l'articulation tibio-tarsienne, fait que, dans toutes les violences du pied, le péroné se fracture plutôt que ces ligamens ne se rompent. L'action directe cependant d'un instrument tranchant peut couper ces ligamens et donner consécutivement lieu à une demi-luxation externe du pied. Monteggia nous a conservé un exemple de ce cas (Monteggia. *Inst. chirurg.*, t. V, p. 8, § 12).

léolaire pour se montrer au dehors sur le coude-pied : 4.° Que le péroné se fracture immédiatement après, par la résistance que trouve la malléole externe sur le bord correspondant du calcanéum ; 5.° Qu'aussitôt que le bord postérieur de l'extrémité inférieure du tibia est devenu presque parallèle au bord postérieur inférieur de l'astragale, la tête de celui-ci se trouvant soulevée de bas en haut, quitte la cavité du scaphoïde et se luxe *toujours en avant* ou sur le dos du pied ; 6.° Que cette luxation antérieure de la tête de l'astragale peut devenir latérale *interne* ou *externe*, si la direction de la force luxante se dévie dans un sens ou dans un autre pendant la chute du corps : 7.° Enfin, qu'en conséquence toute luxation *latérale* de la tête de l'astragale a d'abord été *antérieure* (1).

D'après tout ce qui précède, il n'est pas difficile d'admettre plusieurs degrés dans chacune des luxations dont nous venons de parler. Ainsi, par exemple, la luxation antérieure ou latérale peut être telle qu'il n'y ait qu'une partie de la tête seulement de l'astragale qui fasse proéminence au dessous des os du tarse : tel était le cas dont Boyer a rapporté l'histoire dans le T. IV, pag. 407 de son ouvrage. D'autres fois, toute la tête de cet os, conjointement avec sa poulie, peut chevaucher sur les os du tarse. On peut en dire autant pour les luxations latérales : la tête de l'astragale peut se trouver tellement repoussée latéralement que la poulie de cet os réponde au scaphoïde, tandis que sa tête se trouve tout-à-fait en arrière. Il ne nous reste maintenant qu'à expliquer le mécanisme de la quatrième espèce de luxation de l'astragale, celle qui est accompagnée du renversement de cet os, et que nous avons appelée *luxation sens-dessus-dessous*. Cette espèce de luxation est excessive-

(1) La plupart des expériences, que je viens de rapporter, ont été répétées en présence du savant M. Edwards, membre de l'Académie des sciences de Paris.

ment rare, elle n'a été observée que deux ou trois fois jusqu'à ce jour. Boyer avoue ingénuement qu'il ne comprend guère de quelle manière, en se luxant, l'astragale peut se retourner sens-dessus-dessous sur la face dorsale du pied. Voici comment je conçois le mécanisme de cette luxation.

Aussitôt que le lévier formé par le tibia a fait basculer l'astragale d'arrière en avant, la tête de celui-ci, en abandonnant la cavité scaphoïdienne, se relève de bas en haut en distendant la peau qui la couvre. Tout en cédant à cette force extensive, les tégumens et les tendons du pied opposent une certaine résistance à la tête de l'astragale, par l'effet de leur élasticité naturelle. Le corps de l'astragale continue à être repoussé d'arrière en avant, tandis que sa tête se trouve entre deux forces opposées; savoir, celle de son corps qui la pousse obliquement de bas en haut et d'arrière en avant, et celle des tégumens et des tendons du pied, qui, étant plus résistans du côté des orteils que du côté du coude-pied, pressent la tête du même os d'avant en arrière; de sorte qu'un moment peut arriver où l'astragale se trouvera renversé sens dessus-dessous. Qu'on imagine un petit chien renfermé dans un sac : si vous le repoussez de la queue vers la tête, le sac étant tenu ferme, vous finirez par le renverser sur le dos. Cette comparaison paraîtra peut-être très-singulière, mais elle exprime assez exactement mon idée. Quel que soit, cependant, le mécanisme de la luxation *sens-dessus-dessous* de l'astragale, toujours est-il que, pour que ce renversement se fasse, il faut : 1.° que la peau du dos du pied soit extensible et très-résistante à la fois : 2.° que la force du lévier luxant soit énorme, et dirigée obliquement de haut en bas, dans le sens antéro-postérieur du pied; 3.° que le ligament sous-astragalien soit complètetement rompu.

Une remarque qui n'a pas encore été faite à l'égard de la dernière espèce de luxation, est celle-ci. En se renversant sens dessus-dessous, l'astragale peut se trouver tellement

enclavé entre le tibia et le calcanéum, que le membre entier sera plus long que dans l'état naturel. Je n'affirmerais pas cependant que cette circonstance doive exister toujours; mais quand elle se rencontre, l'alongement de l'espace malléolo-plantaire n'est-il pas un signe pour conjecturer l'espèce de déplacement dont il s'agit? Si l'on pouvait connaître *à priori* la quatrième espèce de luxation de l'astragale, n'épargnerait-on pas aux malades tous les graves inconvéniens attachés aux extensions et contre-extensions, qui, comme on le conçoit, sont toujours inutiles dans ce cas!

La proposition la plus générale qui nous paraît résulter des expériences précédentes est celle-ci. *Quelle que soit l'espèce de luxation de l'astragale, quelle que soit la cause qui la produit, le mécanisme du déplacement de cet os est toujours le même.*

Dans tous les cas de luxation de l'astragale, connus jusqu'à ce jour, il y avait en même temps déviation ou luxation du pied. Il peut se faire cependant qu'une luxation de l'astragale ait lieu sans la coéxistence nécessaire de la luxation du pied. Ce cas ne peut arriver, suivant moi, que lorsque le tibia, ayant chassé en avant tout le corps de l'astragale, tomberait perpendiculairement sur le calcanéum, où il se fixerait. Ce mode de déplacement de l'astragale serait nécessairement accompagné de raccourcissement du membre.

Il n'est pas difficile maintenant de comprendre et d'expliquer comment il se fait, que dans certaines luxations de l'astragale, on réussit à remettre le pied dans sa direction naturelle, tandis que l'astragale reste toujours luxé. L'astragale, en effet, peut avoir perdu tous ses rapports articulaires avec les os de la jambe et avec les os du tarse, tandis que le calcanéum, le cuboïde, le scaphoïde, etc., peuvent être remis en direction naturelle avec les os de la jambe. Un simple coup d'œil sur le squelette rendra évidente la

proposition qui précède. Nous rapporterons plus bas des cas de ce genre.

Il est plusieurs fois arrivé que des manœuvres très-méthodiques, dirigées par des praticiens d'une expérience éprouvée, n'ont pu réussir à remettre certaines luxations de l'astragale. Cherchons les causes de ces insuccès.

Enclavemens de l'astragale. — Quelquefois l'astragale se trouve, ainsi que nous l'avons expliqué, renversé sens dessus-dessous. Tous les efforts de réduction sont alors inutiles. Voici un exemple de ce cas.

Ier. *fait* (*M. Dupuytren*). — Un individu de la rue des Petits-Champs se luxa l'astragale en tombant de cheval; le pied était en même temps aussi luxé sur la jambe. M. Dupuytren fut appelé. Malgré tous les efforts dirigés avec la sagesse ordinaire à ce grand chirurgien, la réduction de cette luxation fut impossible. D'autres praticiens, appelés après lui, n'ont pas mieux réussi. La gangrène s'étant plus tard emparée du membre luxé, M. Dupuytren pratiqua l'amputation de la jambe. Le malade guérit. La dissection du membre montra l'astragale renversé sens dessus-dessous sur le calcanéum.

Je regrette que M. Dupuytren, dans l'histoire de ce malade qu'il a racontée à sa clinique, n'ait pas fait connaître la place du calcanéum qu'occupaient la tête et la poulie de l'astragale. Ceci aurait peut-être pu jetter quelque lumière sur le mécanisme de ce renversement. On voit du reste que dans ce cas, la mortification a été très-probablement déterminée par les manœuvres indispensables de réduction.

D'autres fois, la réduction est impossible, uniquement parce que la luxation a été méconnue dès le principe, et que lors qu'on s'aperçoit de son existence, il est trop tard pour y remédier. Le fait suivant vient à l'appui de ces assertions.

IIe *fait* (*Boyer*). — Un jeune homme eut la tête de l'astragale luxée en avant par suite d'une chute de cheval. Lors-

que Boyer fut appelé, le gonflement du pied ne lui permit pas de distinguer la nature du mal. Ce ne fut que long-temps après que ce chirurgien s'aperçut que la tête de l'astragale avait quitté la cavité scaphoïdienne et qu'elle faisait saillie sur le dos du pied. Alors la réduction fut impossible. *Les mouvemens du pied*, ajoute cet auteur, *furent gênés pendant long-temps* (1).

Dans d'autres occasions, la luxation est latérale, et l'astragale est *irréductible*, parce que la tête, ou plutôt le col de cette apophyse, se trouvé engréné entre les autres os du tarse. Dans la luxation latérale interne, par exemple, la tête de l'astragale peut s'enclaver tellement dans l'échancrure comprise entre le bord interne du calcanéum et le scaphoïde que cet os devienne, pour ainsi dire, inébranlable. Cette inamovibilité de l'astragale luxé en dedans peut devenir *absolue* si le bord postérieur-inférieur de la poulie de cet os s'engage au-dessous du bord articulaire du tibia, ainsi que M. Dupuytren a dit l'avoir rencontré une fois. Dans la luxation latérale externe, *l'enclavement* de l'astragale peut s'opérer de deux manières. Dans l'une, la tête de l'astragale se trouve tout à fait au-dessous et un peu en avant de la malléole externe; dans ce cas, le col de cette apophyse se trouve engréné avec le bord inférieur de la facette articulaire postérieure du calcanéum. Dans l'autre mode *d'enclavement*, la tête de l'astragale se trouve placée au-dessus du cuboïde et du cunéiforme externe: le bord latéral externe de la poulie est engagé entre la première facette articulaire postérieure du calcanéum et le tibia; c'est ce qui rend l'astragale impossible à *désenclaver* par les manœuvres ordinaires de réduction. Dans l'une et l'autre variétés de luxation *irréductible* de l'astragale, on peut quelquefois réussir à remettre le pied dans sa direc-

(1) Boyer, tome IV, p. 406.

tion naturelle, bien que l'astragale continue à garder sa place anormale. Nous avons tout récemment observé nous-même un cas de ce genre, le voici :

III.ᵉ *fait* (*M. Dupuytren*). — Le 16 septembre 1833, un homme âgé de 47 ans, cordonnier, fut reçu dans la salle Sainte-Marthe, N.° 3 (Hôtel-Dieu), pour une luxation de l'astragale *en dehors et en avant* (pied gauche). Cet accident lui était arrivé en tombant dans un escalier, le pied étant resté engagé entre deux rayons de la rampe et une marche. La simple inspection du désordre suffisait pour en faire reconnaître la nature. Une tumeur dure, du volume d'un œuf de dinde à la partie antérieure et externe du coude-pied; l'alongement en avant du pied et son renversement sur le bord externe avec rotation de sa partie antérieure en dedans, (comme dans un pied-bot interne); le raccourcissement du talon, et la saillie avec abaissement de la malléole externe indiquaient assez clairement la nature du mal. Le péroné ni le tibia n'étaient fracturés dans ce cas. Les extensions et les contre-extensions furent pratiquées par M. Dupuytren de la manière que nous dirons plus loin. La réduction de l'astragale fut impossible. Deux jours après on revint aux mêmes manœuvres de réduction sans plus de succès que l'avant-veille. L'astragale resta *inébranlable* dans sa place anormale; mais le pied entier put être ramené presque complètement à sa rectitude naturelle, si l'on excepte une petite *introversion*, ou rotation en dedans, de la partie antérieure du pied; de manière que, deux mois après l'accident, le malade pouvait assez bien se servir de son membre, tout en conservant la tumeur formée par l'astragale sur la partie antérieure et externe du tarse. Pour rendre cette observation complète, je dois ajouter que, quelques jours après l'accident un escarre sèche, de la largeur d'une pièce de quarante sous, se forma sur la partie la plus saillante de l'astragale. Cette escarre se sépara un mois après, mais sans ouvrir l'articulation et sans entraîner d'accidens;

la cicatrisation s'est faite en peu de jours. Nous reviendrons sur cette observation intéressante.

Dans d'autres circonstances, l'astragale semble irréductible, parce que l'espace antérieur du coude-pied est considérablement retréci par la nouvelle position du tibia sur le calcanéum. Cette circonstance se rencontre surtout dans la luxation *en avant* de l'astragale. Une observation de Desault nous démontre cette vérité :

IV.ᵉ *fait* (*Desault.*) — Un jardinier tomba du haut d'un arbre sur les pieds. Le pied gauche porta sur une pierre arrondie de médiocre grosseur. Luxation de l'astragale en avant, un peu en dedans, et luxation de tout le pied en dehors. Ce double déplacement sur le même pied s'énonçait par les phénomènes suivans : Dos du pied, tourné en dehors : bord externe, tourné en bas : bord interne, en haut. La partie interne du calcanéum répondait au centre de la mortaise du tibia : talon tourné en dehors : le tendon d'achille se trouvait placé derrière le péroné (1). *L'astragale faisait saillie sous la peau du dos du pied, au devant du tibia et au-dessus de l'os cuboïde et du dernier cunéiforme, où on pouvait le faire mouvoir avec facilité.* Extensions et contre-extensions par les mains de deux aides, dont l'un saisit l'extrémité inférieure de la jambe, l'autre embrasse le dos du pied et le talon. Le chirurgien ramena facilement le pied à sa direction naturelle ; mais l'astragale resta sur le dos du pied. Desault, pour réduire l'astragale, fit augmenter beaucoup les extensions jusqu'à ce qu'il produisît un espace suffisant entre le tibia et le calcanéum pour loger l'astragale ; alors le chirurgien embrassa avec la paume des mains les bords interne et externe du pied, tandis que ses pouces, appliqués sur l'astragale, repous-

(1) Ces derniers signes indiquent pour moi la co-existence de la luxation du calcanéum sur le scaphoïde et le cuboïde, ainsi que je le démontrerai plus loin.

saient l'os vers sa place naturelle. La réduction se fit *avec bruit* et l'homme guérit (1).

Le même praticien eut aussi l'occasion d'observer, dans un cas de luxation de l'astragale, que cet os n'était empêché de rentrer en place sous les manœuvres de réduction, que par quelques brides ligamenteuses qui s'y opposaient invinciblement. Nous rapporterons plus loin un exemple de ce cas.

Considérons maintenant quels sont les effets d'une luxation de l'astragale qui n'a pu être réduite malgré les manœuvres les mieux entendues.

S'il ne s'agit que d'une demi-luxation de la tête de l'astragale, comme dans la seconde des observations qui précèdent, les suites ne sont pas graves; car les fonctions du pied peuvent se remettre avec le temps. Il n'en est pas de même lorsque le déplacement de l'astragale est très-prononcé. Le plus ordinairement dans ce cas, une escarre se forme sur la partie proéminente de l'astragale, plus ou moins long-temps après la luxation. Les suites de cette escharre sont plus ou moins fâcheuses. Trois causes concourent ordinairement à déterminer l'escharre en question : 1° La violence même de l'accident ; 2° la pression constante de l'astragale contre la peau qui le couvre; 3° les extensions forcées qu'on exerce pour la réduction. Il peut se faire cependant que la peau du coude-pied supporte sans tomber en gangrène toutes les violences dont nous venons de parler.

Lorsqu'une escharre gangréneuse survient sur la peau de l'astragale non-réduit, cette escharre peut n'être que très-superficielle, et sa chute n'entraîner pas l'ouverture de la capsule articulaire. Dans ce cas, l'ulcère qui en résulte se cicatrise sans accidens. Tel était le cas que nous avons observé à l'Hotel-Dieu et dont nous venons de tracer l'histoire (IIIe fait). M. Dupuytren a rapporté une observation

---

(1) Desault, *Journal de Chirurgie*, tome I.er, page 208.

absolument pareille à la précédente dont le sujet était un valet de chambre d'un certain prince.

Mais lorsque la chute de cette escarre accidentelle laisse à découvert l'intérieur de l'articulation tibio-tarsienne, les accidens qui en résultent peuvent compromettre la vie du malade et reclamer l'amputation de la jambe. Boyer a publié un cas de ce genre. En voici la substance:

V.e *fait* (*Boyer*). — Un homme tombe de cheval; son pied reste engagé à l'étrier tandis que le cheval continue à galoper. L'astragale se trouve luxé en dedans, et le pied contourné en dehors. La réduction fut impossible. On attend; on prodigue les saignées. Tout semble aller bien jusqu'au dix-huitième jour. A cette époque, escarre épaisse sur la tête de l'astragale: plus tard, ouverture de l'articulation par la chute de cette escarre : accidens graves; suppuration intarissable; dépérissement général. Amputation. Guérison (T. IV, pag. 399).

L'ouverture cependant de l'articulation tibio-tarsienne par suite de la séparation de ces sortes d'escarres, n'amène pas toujours des accidens aussi graves. Un grand nombre d'observations authentiques prouve que le détachement de l'escarre donne quelquefois lieu à la sortie de l'astragale déjà nécrosé, ou près de le devenir, et les malades à la longue guérissent par ankylose, après avoir essuyé des accidens plus ou moins graves. Parmi les exemples connus de cette espèce, nous rapporterons le suivant :

VI.e *fait* (*M. A. Cooper*). — M. D. en tombant de cheval, eut l'astragale luxé en avant et en dedans, et le péroné fracturé. Le docteur Wist qni fut appelé, fit *inutilement* des efforts de réduction. Saignées, résolutifs, repos. Le soir, douleurs vives, avec sentiment de pression sur la peau et les ligamens de la partie. Le lendemain, ayant été consulté, M. A Cooper fit aussi des essais de réduction : l'astragale parut *enclavé* dans sa nouvelle position. Cet os faisait une saillie très-remarquable sous la peau: la peau

qui le couvrait était tellement distendue qu'une *légère incision aurait mis l'astragale à découvert.* La première idée qu'eut M. A. Cooper, fut *de disséquer l'astragale*; mais il préféra ensuite abandonner cette œuvre de séparation à la nature. Sangsues répétées; cataplasmes; purgatifs. Le seizième jour, escarre sur la tête de l'astragale; cataplasmes. Le vingt-deuxième jour, chute de l'escarre; dénudation de l'astragale: vin de quinquina intérieurement. Le deuxième mois, l'astragale étant mobile, on en fait l'ablation à l'aide de pinces et de bistouris. Abcès multiples consécutivement. Guérison par ankylose après cinq mois de traitement.

Nous ne pouvons nous empêcher de nous élever contre cette pratique *craintive* du célèbre auteur de l'observation précédente. Puisque la peau qui couvrait l'astragale luxé était, ainsi que le dit M. A. Cooper, *très-distendue et très-amincie, de manière à rendre certaine l'escarre consécutive*, pourquoi, dans ce cas, n'a-t-on pas incisé sur le champ la peau de la tumeur pour pratiquer immédiatement l'extraction de l'astragale? En abandonnant à la nature l'ouverture de l'articulation, n'est-ce pas exposer la vie du malade aux dangers d'une ouverture indéterminée et d'une suppuration consécutive intarissable? Peut-on mettre des limites à une inflammation gangréneuse une fois déclarée? Nous reviendrons sur ce sujet. Disons, en attendant, qu'après la chute de cette escarre, alors même qu'elle ne détermine pas d'accidens inflammatoires très-graves, et qu'aucune tentative pour extraire l'astragale n'a été faite, la plaie qui en résulte suppure pendant très-longtemps avant de se cicatriser: sa cicatrice ne se forme même qu'avec beaucoup de peine. Une observation de M. Astley Cooper prouve la vérité de ces assertions.

VII.e *fait.* (*M. A. Cooper.*) — Un *gentleman* avait depuis plusieurs semaines l'astragale luxé *en dehors* avec

---

(1) A. Cooper, ouvrage cité, page 537.

fracture de la malléole interne et déboîtement de tout le pied en même temps. Le docteur James, habile chirurgien, avait inutilement fait des tentatives de réduction au moment même de l'accident. Plus tard, on était revenu aux extensions exercées par un aide vigoureux, et l'on crut avoir réussi en partie ; mais l'astragale continua toujours à faire saillie sur le dos du pied. Lorsqu'il vit le malade, M. A. Cooper trouva que les *manœuvres de réduction avaient déterminé la gangrène d'une partie des tégumens qui recouvraient la tumeur. La plaie fut très long-temps à se cicatriser.* Le malade resta estropié (1).

La conséquence générale qui nous paraît découler de tous les faits qui précèdent, est celle-ci : *La luxation non-réduite de l'astragale détermine ordinairement l'ouverture consécutive de l'articulation tibio-tarsienne, dont les suites sont plus ou moins graves suivant la constitution du sujet.* Je mentionne cette dernière circonstance, parce que l'expérience a prouvé que certaines luxations de l'astragale, peu graves en apparence, ont déterminé la perte des malades, tandis que d'autres malades ont survécu, malgré la plus grande étendue de la lésion locale.

Avant de passer au traitement des luxations de l'astragale, examinons brièvement par quel mécanisme la nature opère *la guérison des déplacemens non réduits de cet os.*

Dans le cas que nous avons observé à l'Hôtel-Dieu, la guérison ne s'est opérée que par *soudure complète*, ou ankylose parfaite, entre l'astragale déplacé et les autres os avec lesquels il se trouvait en rapport, tels que le tibia, la malléole externe, le calcanéum, le cuboïde et le cunéiforme externe. On pouvait très-bien distinguer après la guérison de cet homme, que les articulations tibio-astragalienne et astragalo-tarsienne étaient devenues complètement *immo-*

---

(1) *Ibid.*, page 335.

biles. Le pied cependant pouvait exécuter une partie de ses mouvemens, mais c'était par un mécanisme que nous expliquerons par la suite.

Il n'en est cependant rigoureusement pas toujours de même dans les cas de luxations non réduites de l'astragale. M. A. Cooper a eu l'occasion de s'assurer, dans quelques cas de ce genre, que les mouvemens de l'articulation tibio tarsienne n'étaient pas totalement perdus après la guérison du sujet (1).

Mais lorsque l'ablation de l'astragale a été pratiquée, la guérison s'opère par ankylose de l'extrémité inférieure des os de la jambe et de la face supérieure du calcanéum. Sur une femme à qui Desault avait enlevé l'astragale, l'autopsie montra plus tard l'espèce de soudure que je viens d'indiquer (2).

Nous avons vu que, dans certains cas de luxation de l'astragale, le pied peut être ramené à sa rectitude naturelle, tandis que l'astragale reste *inamovible* dans sa nouvelle place ; et que, d'autres fois, le pied, aussi bien que l'astragale sont en même temps irréductibles. Dans le premier de ces cas, l'astragale est placé de manière que sa face inférieure permet à la face supérieure du calcanéum d'obéir aux manœuvres de réduction, en glissant l'une sur l'autre; autrement, le pied n'aurait pu revenir à sa direction naturelle : tandis que, dans le second cas, l'astragale est tellement engrené avec la face supérieure du calcanéum qu'il ne permet pas à celui-ci de bouger; par conséquent le pied entier reste alors dévié. Dans ce cas, la consolidation consécutive des parties laisse le membre à peu près dans les conditions d'un *pied-bot*. Cependant, quoique estropiés,

---

(1) *There is some little motion of the ancle, and only a slight degree of it between the projecting and raised astragalus and the other bones of the tarsus.* Ibid., page 335.

(2) Desault, *OEuvres chirurgicales*, tome I.er

ces individus ne laissent pas de se servir plus ou moins utilement de leur pied selon le degré de la luxation.

De tout ce qui précède, il résulte que le procédé que la nature emploie pour la guérison les luxations non réduites de l'astragale, est toujours le même, savoir, *l'ankylose plus ou moins complète du coude-pied.* Mais ceci n'est pas tout : l'observation a fait voir que, pour rendre plus tard la mobilité au pied entier, *la nature remplace les fonctions perdues des articulations astragaliennes, par celles des articulations du métatarse avec le tarse, et par celles de la seconde rangée des os du tarse avec la première, qui deviennent extrêmement mobiles avec le temps.* M. A. Cooper a eu l'occasion de s'assurer plusieurs fois de cette espèce d'*anamorphose.* Ceci explique pourquoi, dans ces cas, les fonctions du pied peuvent souvent se remettre par la suite; mais la nature ne remet jamais le pied à sa direction naturelle s'il était resté dévié après la luxation. M. A. Cooper assure même que si le pied a pu être rendu à sa rectitude naturelle, la simple luxation de l'astragale n'empêchera pas l'individu de marcher comme avant l'accident, surtout si l'on a eu la précaution d'exercer souvent des mouvemens passifs sur le pied dans les derniers temps de la cure. M. A. Cooper prétend que, dans ce cas, la nouvelle articulation tibio-astragalienne acquiert de la mobilité comme l'ancienne, si bien que le malade ne portera d'autre marque de son accident que la simple *bosse dorsale du pied* (1).

Quel que soit cependant le mode de guérison après une luxation non réduite de l'astragale, le membre reste le plus souvent plus court que l'autre. Je dis *le plus souvent;* car il peut se faire que le tibia se trouve tellement placé entre le calcanéum et l'astragale, que le membre luxé soit exactement, ou à-peu-près, de la même longueur que

(1) Page 239.

l'autre. C'est une vérité que tout le monde peut vérifier sur le squelette.

Traitement. — Les indications curatives que les luxations de l'astragale présentent, varient suivant les différentes circonstances que nous allons faire connaître.

Lorsque l'astragale est complètement luxé, que l'articulation du coude-pied se trouve largement ouverte, et que l'amputation du membre n'a pas été jugée indispensable, l'indication est *d'enlever totalement l'os démis, en coupant les restes des brides ligamenteuses qui le retiennent en place.* La plaie doit être réunie par première intention, et le membre placé dans un appareil de fracture compliquée. Cette pratique est préférable à celle qui tendrait à remettre à sa place naturelle l'astragale ainsi luxé. Plus de cinquante observations authentiques d'ablations de l'astragale faites avec succès prouvent la bonté de cette conduite, ainsi que nous l'avons déjà dit plus haut.

Un fait tout récent, arrivé à l'hôpital de la Pitié, et que M. Velpeau a bien voulu me communiquer il y a peu de jours, confirme l'excellence du précepte ci-dessus. Il s'agit d'un homme de cinquante ans qui, en tombant de voiture, eut l'astragale luxé, et l'articulation du coude-pied largement ouverte. Le chirurgien de garde crut devoir réduire l'os déplacé, malgré le *délâbrement* des parties. Le lendemain M. Velpeau, lorsqu'il vit le malade, jugea, avec raison, que l'ablation de l'astragale était le parti le plus régulier à prendre. Il la pratiqua en effet, mais ce fut trop tard; le malade *mourut* peu d'heures après, en présentant les symptômes d'un emphysème général dans tout le membre, jusqu'à l'aine. Il est évident que, dans ce cas, les manœuvres de réduction qu'on avait faites avant l'extraction de l'astragale ont beaucoup ajouté à la gravité du désordre, et que l'issue de l'accident n'aurait peut-être pas été aussi malheureuse, si l'on avait sur-le-champ extrait l'astragale. L'emphysème du membre (phénomène que j'avais déjà vu

moi-même dans un cas analogue), indique que la mort s'était déjà emparée des tissus lorsque l'opérateur pratiqua l'extraction de l'astragale.

M. Dupuytren avait été, sans doute, mal informé des circonstances de ce fait, lorsqu'il dit, dans une de ses leçons du mois d'octobre dernier, *que ce fut l'issue malheureuse d'une ablation de l'astragale qu'on venait de pratiquer dans un hôpital de Paris, qui l'avait détourné de faire une opération partielle sur le malade dont j'ai parlé*, page 508. — Il y a une différence immense entre les conditions du cas de la Pitié, qui était compliqué, et celui de l'Hôtel-Dieu, qui était des plus simples. Malgré mon respect pour le plus grand des chirurgiens dont s'honore actuellement la France, j'avoue que je me serais conduit différemment dans le cas de l'Hôtel-Dieu; je n'aurais pas hésité à pratiquer *l'arthrotomie*, d'après les règles que j'indiquerai ci-après. Si le malade de M. Dupuytren a échappé aux accidens graves que son état aurait pu entraîner, j'avoue qu'il a eu du bonheur, et que son bonheur a tenu au peu d'épaisseur qu'a présenté l'escarre qui s'est formée sur le coude-pied. Si cette escarre consécutive eût ouvert l'articulation, comme cela arrive ordinairement, les résultats n'auraient pas été aussi simples : du reste, cet homme n'a acheté sa guérison qu'au prix d'une difformité avec lésion permanente des fonctions du pied.

On craint d'ouvrir l'articulation dans ces cas! cependant on ne craint pas d'ouvrir (et cela impunément), la plus grande des articulations du corps, celle du genou, pour extraire des concrétions intrà-articulaires ! ! On ne veut pas réfléchir qu'il existe une très-grande différence entre l'ouverture accidentelle d'une articulation avec délâbrement, et l'*arthrotomie régulière*, où l'on peut faire un lambeau pour boucher l'articulation après l'extraction de

l'os, qui fait l'office de corps étranger. Dans le premier cas, l'air continue à agir dans la cavité articulaire à chaque pansement, tandis qu'il n'en est pas de même dans le second. Nous développerons par la suite les propositions que nous venons d'avancer ici.

Si, l'articulation étant ouverte sans grand délâbrement, l'astragale ne se trouve luxé qu'incomplètement, il y a l'une ou l'autre des choses suivantes à faire : 1° essayer de réduire l'os déplacé si cela est possible, et réunir ensuite la plaie; 2° extirper sur-le-champ l'astragale si sa réduction était impossible, et traiter la plaie comme ci-dessus. Il n'est pas difficile de prévoir de quelle manière l'ablation de l'astragale doit être pratiquée. Il faut débrider la peau en ménageant les tendons des muscles principaux de cette région : lier les artères qui donnent du sang à mesure qu'on débride, mettre l'os à découvert, couper à l'aide de forts ciseaux courbes les ligamens qui le retiennent en place, le saisir et l'extraire à l'aide de fortes tenettes.

Dans le cas où la luxation de l'astragale, soit complète, soit incomplète, existe sans ouverture extérieure de la peau qui le couvre, les indications à remplir sont les mêmes que pour le cas précédent. Le chirurgien s'assurera d'abord si l'os luxé est mobile, ou bien s'il est *enclavé*. Dans le premier cas, il agira avec plus d'espoir de succès pour la réduction. Nous avons déjà rapporté une observation de Desault où ce célèbre praticien réussit à faire rentrer l'astragale luxé après avoir fait agrandir l'espace tibio-scaphoïdien par une extension prolongée, tandis qu'il repoussait de ses pouces l'os démis. Voici un fait analogue à celui de Desault.

VIII° *Fait.* (Dupuytren). — Un homme de la rue Saint-Martin eut l'astragale luxé sans déchirure à la peau du pied. M. Dupuytren, ayant été appelé, fit exercer l'extension et la contr'extension par des aides vigoureux, tandis qu'il repoussait avec ses deux pouces l'astragale à sa place.

La réduction s'opéra avec facilité et l'homme guérit. M. Dupuytren a depuis quelque temps revu cet homme qui se porte parfaitement bien, sans conserver aucune difformité des suites de cet accident.

Le procédé de réduction mérite ici la plus grande attention de la part du chirurgien. Le malade étant couché sur le dos, la cuisse sera fléchie sur le bassin, et la jambe sur la cuisse, afin de mettre dans le relâchement les muscles jumeaux de la jambe. Cette double flexion peut être maintenue par un lac formé avec une alèze pliée en cravate, qu'on passe sous le jarret, et dont les chefs portent dans un anneau de fer fixé au mur, ainsi que le pratique M. Dupuytren; ou bien par les mains de deux aides qui montent sur le lit du malade et tiennent ainsi le genou du membre luxé très élevé. D'autres aides soutiennent la partie inférieure de la jambe au-dessus des malléoles et exercent la contre-extension. Cette contre-extension peut être pratiquée aussi à l'aide d'une serviette pliée en cravate et attachée au-dessus des malléoles, et dont les chefs seraient tirés latéralement en arrière. L'extension, proprement dite, doit être exercée sur le talon et sur le métatarse. Une serviette pliée en lac sera passée du talon sur le dos du pied où les chefs se croisent et où ils sont arrêtés avec une bande : des aides tirent sur ces chefs. Cet entrecroisement du lac extensif ne doit point tomber sur la tumeur formée par l'astragale, car c'est sur elle que le chirurgien doit exercer les efforts de réduction. Si l'astragale n'est pas enclavé, l'extension peut être exercée aussi par les mains d'un aide dont l'une est appliquée derrière le talon, l'autre au-devant du tarse et du métatarse. Dans tous les cas, l'extension doit agir lentement et presque à la manière d'un *tire-botte*. Elle sera continuée autant de temps qu'on le jugera nécessaire, se conformant d'ailleurs aux règles générales de la réduction de toutes les autres luxations.

Quant à la *coaptation*, pour la bien exercer, le chirurgien se placera au côté externe du membre, embrassera le pied luxé avec ses deux mains, de telle sorte que les quatre derniers doigts de chaque main soient placés sous la plante, et le pouce au devant de la tumeur formée par l'astragale. De cette manière, il repoussera à sa place l'astragale, en même temps que les aides pratiqueront les extensions convenables. Si ce mode de coaptation ne lui réussit point, le chirurgien fera continuer les extensions, tandis qu'il appuiera la face carpienne palmaire de sa main contre la tumeur, et repoussera de toutes ses forces l'astragale. Mais un moyen plus puissant encore est celui que peut fournir le *genou* même du chirurgien : pour cela, le malade sera couché sur un matelas par terre; l'extension et la contre-extension sont exercées de la manière indiquée ci-dessus; le chirurgien embrasse d'une main les orteils, de l'autre, l'extrémité inférieure de la jambe; il applique en attendant son *genou* contre l'astragale luxé et le repousse à sa place. Dans un cas difficile de luxation de l'astragale, M. le professeur Petrunti, de Naples, n'a pu réussir autrement à remettre l'astragale luxé que par le *procédé du genou* que je viens de décrire.

Pour que la réduction de l'astragale soit facile, une condition, entre autres, est essentiellement nécessaire. Cette condition consiste dans le relâchement parfait de tous les muscles du membre. Ce relâchement s'obtient par l'emploi de deux moyens; 1.° par l'usage préalable de saignées, de bains chauds, et de l'émétique à dose nauséabonde; 2.° par la position convenable du membre pendant les manœuvres de réduction. « Il est satisfaisant d'observer, dit à ce propos M. A. Cooper, qu'après les plus violens efforts faits par d'autres pour remettre le membre luxé, un chirurgien qui entend bien son affaire, en plaçant le membre dans la flexion, remet, par une extension compa-

rativement légère, les parties à leur état naturel (1). »

Je dois ajouter que toutes les manœuvres de réduction devraient d'abord être dirigées de manière à rendre *antérieure* la luxation, si elle était *latérale;* car la réduction serait alors beaucoup plus probable et plus facile. On comprendra l'importance de ce précepte, si l'on se rappelle que toutes les luxations latérales de l'astragale ne sont que *secondaires*, ainsi que je me suis efforcé de le prouver dans le commencement de ce mémoire.

Dans le cas où l'astragale luxé serait *inébranlablement enclavé* dans sa nouvelle position, le chirurgien, après avoir fait sans succès les tentatives de réduction, ne s'obstinerait point, par de violens efforts, à réduire l'os déplacé; car, d'un côté, il n'y réussirait point, et, de l'autre, ses manœuvres pourraient avoir les suites les plus fâcheuses pour le malade. Des accidens formidables, tels qu'un vaste phlegmon et la gangrène du pied, pourraient être les suites de ces manœuvres imprudentes (2). Le chirurgien cependant ne doit pas, dans cette circonstance, abandonner le désordre à lui-même; car, ou un orage d'accidens graves surviendrait plus tard, ainsi que nous l'avons vu dans le cas de Boyer (5.e *fait*); ou bien, si le malade avait assez de bonheur pour échapper à ces accidens, il resterait estropié pour tout le reste de ses jours. Nous pensons que, dans ce

---

(1) A. Cooper, ouvrage cité, p. 231.

(2) Dans certaines luxations du pied, compliquées de plaie, Hippocrate avait probablement vu très-souvent des accidens mortels par suite des manœuvres de réduction; car il donne pour précepte de ne jamais réduire ces sortes de luxations. « Si vous cherchez à réduire « le pied, vous dit Hippocrate, votre malade aura infailliblement « la gangrène jusqu'à la cuisse. » *Scire autem convenit, hominem paucis diebus interiturum tali genere mortis, quale supra exposuimus si reposita ossa fuerint, contineanturque. . . . . . . Pedem insuper et crus gangrena prehendit; quæ sic futura esse certam scire convenit*, etc. (Hippocrate. *De Articulis*).

cas, aussitôt que la luxation a été reconnue *irréductible*, le chirurgien doit se hâter d'inciser les parties molles qui couvrent l'astragale (*arthrotomie*), débrider les ligamens qui le retiennent, et en essayer alors la réduction. Si cette réduction paraissait impossible, il faudrait enlever complètement l'astragale, et panser la plaie de la manière que nous avons indiquée. Ce parti de l'incision immédiate nous paraît cent fois préférable à celui d'abandonner le mal à la nature. Les deux observations suivantes viennent à l'appui des propositions qui précèdent.

IX.e *fait* (*Desault.*) — En 1791, un homme âgé de 36 ans fit une chute de cheval, et se luxa l'astragale. Des chirurgiens, qui avaient vu le malade en ville, ayant pris le mal pour une luxation ordinaire du pied, avaient fait inutilement des tentatives de réduction. Le malade fut amené à l'Hôtel-Dieu. Desault n'ayant pu, non plus, par les extensions, remettre l'os à sa place, incisa largement les parties molles qui recouvraient l'astragale, mit cet os à découvert, débrida quelques bandes ligamenteuses qui s'opposaient à sa rentrée, et en opéra la réduction sans difficulté. La plaie fut réunie par première intention, et l'homme *guérit* (1).

Depuis Desault, personne n'avait de nouveau osé ouvrir l'articulation tibio-tarsienne dans des cas analogues, lorsqu'en 1826 le docteur Nanula, professeur d'anatomie à la Faculté de Naples, eut l'heureuse hardiesse de pratiquer la même opération. Voici le fait.

X.e *fait* (*M. Nanula.*) — En 1826, les prisonniers de la maison Saint-François, à Naples, effectuèrent leur évasion après avoir abattu une grille de la prison. Ils escaladèrent ce local à l'aide d'alèzes nouées ensemble, qui leur servirent de lacs. L'un de ces malheureux, jeune homme de 20 ans, se croyant près du sol en descendant, quitta le

(1) Desault, *Œuvres chir.*, t. I.er, p. 435.

lac qui le soutenait, et tomba d'une assez grande hauteur sur les pieds. *Il se luxa l'astragale en avant et le pied en dehors.* On le transporta à l'hôpital Saint-François, dont M. Nanula est chirurgien en chef. Les manœuvres ordinaires de réduction ayant été infructueuses, cet excellent praticien fit sur-le-champ une large incision demi-circulaire au-devant de l'astragale (la concavité tournée du côté du tibia), disséqua le lambeau, et mit l'astragale à nu : plusieurs ligamens furent coupés successivement à l'aide de ciseaux courbes, et la réduction de l'astragale fut immédiatement accomplie avec la plus grande facilité. L'os rentra avec bruit. La plaie fut réunie par première intention. Le malade guérit.

Les deux dernières observations nous montrent que l'ouverture des grandes articulations n'est pas aussi dangereuse que beaucoup de gens le croient. Les plaies peuvent guérir aussi bien que celles des parties molles en général. Deschamps a même fait observer, d'après sa propre expérience, que les grandes ouvertures des articulations sont moins dangereuses que les petites (1). Ceci est parfaitement d'accord avec l'expérience de Desault et de M. Nanula.

Que si, après cette incision, l'astragale ne pouvait pas être réduit, on ne devrait pas pousser trop loin les extensions. Il faudrait, dans ce cas, enlever entièrement l'astragale après l'avoir dégagé des parties qui le retiennent, et se conduire pour le reste de la manière que nous avons indiquée plus haut.

La manière de pratiquer *l'arthrotomie* en question requiert aussi quelque considération de la part de l'opérateur. Une grande incision est en général préférable à une petite, en ce qu'elle donne de la facilité pour agir sur l'astragale. Cette incision doit être semi-lunaire, ayant la concavité du côté du tibia, et la convexité du côté des orteils, en s'éloignant le

---

(1) 7me *Bulletin de la Faculté de méd. de Paris*; 1812.

plus qu'il sera possible du centre de l'articulation tibio-tarsienne, afin que le lambeau qu'on dissèque de dessus l'astragale soit assez ample pour boucher l'articulation, même après l'opération, et empêcher l'entrée consécutive de l'air à chaque pansement; avantage qu'on ne peut pas espérer d'une incision cruciforme qu'on pratiquerait sur la tête de l'astragale. Il est bon de rappeler aussi que pour couper le ligament sous-astragalien, qui est la partie la plus difficile de cette opération, il faut ne l'attaquer que du côté externe du pied, car c'est de ce côté et au-dessous de la malléole externe qu'il existe, ainsi que nous l'avons déjà remarqué, un espace suffisant pour pouvoir entrer avec les ciseaux courbes, et atteindre ce ligament. C'est envain qu'on essayerait d'attaquer ce ligament par tout autre côté que celui-là. Il est à peine nécessaire d'ajouter enfin que cette incision doit ménager autant que possible les tendons, les artères et les nerfs qui parcourent cette région.

Il ne nous reste maintenant qu'à dire un mot relativement à la position qu'il convient de donner au membre après les manœuvres que nous venons d'indiquer. Si la réduction de l'astragale a pu être faite, il faut coucher le membre dans la demi-flexion, et maintenir le pied fléchi dans le sens opposé à celui où il était après la luxation: c'est ce qu'on peut obtenir aisément à l'aide de paillassons, d'attelles et de bandes. Si l'astragale a été extrait, l'on pansera comme dans les fractures compliquées, en maintenant toutefois le pied à angle droit sur la jambe. S'il y a diastase des malléoles, et si le pied ou le tibia ont de la tendance à se démettre de nouveau, il faut, à l'aide de paillassons et d'attelles, s'opposer à tout autre déplacement secondaire, jusqu'à ce que la consolidation des parties ait été faite.

(*La suite au prochain Numéro.*)

De l'ampliation morbide de l'estomac considérée surtout sous le rapport de ses causes et de son diagnostic; par A. Duplay, ***chef de clinique interne à l'hôpital de la Pitié.*** (II.me partie.)

2.° *Des erreurs de diagnostic dans lesquelles la dilatation de l'estomac a pu entraîner.* S'il a été de quelque intérêt d'examiner les diverses lésions qui accompagnent l'ampliation de l'estomac, et de chercher à découvrir la cause de cette affection, il est plus intéressant encore de rapprocher les diverses erreurs de diagnostic dont elle est devenue la source. Dans l'observation de Jodon, on crut d'abord que la femme qui en fait le sujet était enceinte; mais lorsque le temps de la gestation fut dépassé, l'on crut qu'elle était affectée d'hydropisie ascite. On fit une ouverture à l'abdomen pour évacuer la sérosité que l'on croyait contenue dans la cavité péritonéale, et l'on ouvrit l'estomac. Heureusement que cette ponction grossière fut faite après la mort et dans l'intention de diminuer le volume du ventre qui ne pouvait entrer dans le cercueil. Il est bien fâcheux que des détails plus amples n'aient pas été donnés sur la marche de la maladie, qu'un examen attentif des symptômes aurait pu faire soupçonner.

Il paraît du reste que des erreurs de ce genre ont été commises, et nous allons rapprocher de l'observation précédente plusieurs faits analogues. Bonnet rapporte le suivant :

Obs. VIII. — « Une femme que le volume de son ventre avait fait regarder comme étant enceinte et qui mourut dans cet état, fut enlevée par des étudians qui l'apportèrent dans mon amphithéâtre. Je fis l'ouverture de l'abdomen ; l'estomac était énormément distendu; il occupait toute la cavité abdominale et recouvrait presque tous les intestins; au des-

sous de l'estomac il n'y avait aucun vestige de l'épiploon. D'après les instances de ceux qui assistaient à l'ouverture du corps j'incisai l'estomac. Aussitôt il s'échappa des gaz fétides et le volume du viscère diminua d'une manière sensible. La cavité de l'estomac ne renfermait qu'un peu de liquide noirâtre » (1).

Ici les symptômes observés pendant la vie manquent complètement. Seulement cette femme, à cause du volume de son ventre, avait été regardée comme étant enceinte. Disons-le pour l'honneur de la science; des erreurs de ce genre seraient, je pense, fort difficiles maintenant; trop de moyens de distinguer l'ampliation de l'estomac d'avec la grossesse, sont à la disposition du médecin au courant de la science, pour que la méprise puisse avoir lieu.

Dans l'observation suivante, la ponction n'a plus été faite après la mort comme dans l'observation de Jodon rapportée par Rivière; elle a été pratiquée sur le vivant : c'est Chaussier qui rapporte ce fait (2), et il est trop curieux pour que nous ne le donnions pas dans tous ses détails.

Obs. VIII. — *Douleurs dans la région épigastrique surtout après le repas. — Gonflement du ventre. — Vomissemens très-abondans revenant par intervalles; constipation. — Ponction de l'abdomen. — Mort. — Dilatation énorme de l'estomac avec squirrhe du pilore.* — En 1767, je fréquentais assiduement un hôpital avec M. Brusley. On y amena le soir un homme âgé d'environ 50 ans, infirme depuis long-temps, dont les jambes étaient œdémateuses, et le ventre très-distendu. Le malade ne put nous assigner la cause et l'origine de son mal : seulement il nous apprit que depuis long-temps, surtout après son repas, il était su-

(1) Bonnet, *Sepulchr. anat.*, lib. 3, sect. 21, *de ventris tumore.* Obs. XLII, *Obs. Hen. à Moinichen.*

(2) Chaussier, *Mém. ou Essai sur les fonctions du grand épiploon.* Mém. de l'Acad. de Dijon. 1784.

jet à des douleurs d'estomac contre lesquelles il avait fait beaucoup de remèdes sans succès; mais que depuis cinq mois les douleurs avaient changé de nature, son ventre s'étant gonflé peu à peu; qu'il éprouvait une constipation opiniâtre, un dégoût extrême, et que tous les 4 ou 5 jours il rendait par le vomissement une quantité énorme de matières plus ou moins fluides et colorées, suivant les alimens et les boissons qu'il avait pris. Il nous ajouta qu'après cette évacuation, son ventre était moins tendu et qu'il se trouvait soulagé; mais que depuis six jours il n'avait pas vomi, qu'il avait peu uriné, quoiqu'il eût pris beaucoup de tisane apéritive qui lui avait été conseillée comme un excellent remède contre son hydropisie; on examina le ventre, on crut y reconnaître une fluctuation. Enfin on assura que ce n'était qu'une hydropisie : et d'après cette idée on lui fit de suite la ponction avec un trois-quarts. (Il est inutile, je pense, d'avertir que cet examen, cette désicion et cette opération n'ont point été faits par un homme de l'art.) Il sortit d'abord par la canule du trois-quarts des vents et quelque livres d'une liqueur légèrement muqueuse, écumeuse et d'une couleur noirâtre; sur la fin le fluide était aussi épais qu'une bouillie et mêlé de filamens noirâtres; le ventre diminua par évacuation. Le malade parut d'abord soulagé, mais bientôt il éprouva de l'anxiété, de la faiblesse, et il mourut dans le courant de la nuit. Le cadavre fut porté dans l'amphithéâtre et à l'ouverture on ne trouva aucun épanchement de sérosité dans le bas ventre; seulement, quelques gouttes de sang et d'un mucus brunâtre à l'endroit de la ponction. Mais on vit que l'estomac était prodigieusement distendu et descendait jusques dans le petit bassin; on vit que ce viscère avait été percé par le trois-quarts. Le pylore était squirrheux, même cartilagineux dans quelques endroits; enfin, en ouvrant l'estomac on y trouva un fluide semblable à celui qui était sorti par la ponction.

Chaussier termine cette observation intéressante par ces

mots : *hinc ediscant chirurgi*. Cette apostrophe s'adressait sans doute à ces rebouteurs, à ces dangereux Fraters qui infestaient alors les campagnes et les petites villes ; d'ailleurs il fait observer lui-même que le diagnostic fut établi et l'opération pratiquée par un homme entièrement étranger à l'art. Peut-on supposer, en effet, qu'une faute pareille aurait été commise par un chirurgien un peu instruit ? Il faudrait être bien aveugle ou bien ignorant pour ne pas tenir compte des symptômes particuliers qu'éprouvait le malade. Cette tension du ventre qui augmentait considérablement par l'ingestion des boissons ; ces vomissemens de matières liquides mêlées d'alimens, qui revenaient tous les quatre ou cinq jours, le soulagement marqué et la diminution subite du volume du ventre qui les suivait immédiatement, enfin la constipation opiniâtre et les renseignemens du malade sur l'origine de sa maladie, toutes ces particularités n'auraient pas manqué de donner l'éveil à un homme qui aurait mérité le nom de chirurgien. Quoi qu'il en soit, ce fait est intéressant : l'erreur, quoique commise par un ignorant, n'en est pas moins curieuse et profitable ; car pour que les fautes instruisent, il n'est pas nécessaire qu'elles soient faites par des praticiens habiles.

Vacca rapporte une semblable observation dans laquelle il fut extrait une certaine quantité d'eau par la ponction. Mais il ajoute que, l'estomac s'étant rempli de nouveau, le malade mourut ; à l'ouverture du cadavre qui fut faite dans l'opinion qu'il existait une ascite, on vit que la capacité abdominale ne contenait pas une goutte d'eau, mais que toute sa partie antérieure était occupée par un vaste sac rempli de liquide ; c'était le ventricule : on ne parle pas de l'état de ses parois (1).

---

(1) Cette observation raccourcie se trouve consignée dans un article intitulé : *Observations sur quelques maladies organiques de l'estomac, avec excessive dilatation de ce viscère*, et inséré dans le *Journal-général de Médecine*, tome LXVIII, p. 35. M. Bard, médecin de l'hôpital

Le développement excessif de l'estomac peut donc donner lieu à des méprises plus ou moins funestes; mais si les erreurs ne sont pas toujours poussées aussi loin que dans les observations précédentes, il peut bien se faire que par suite de ce déplacement de l'estomac, et des nouveaux rapports qui s'établissent entre les divers organes contenus dans le ventre, des hommes fort habiles et fort instruits se trouvent embarrassés, surtout lorsqu'ils n'ont pas été témoins de la marche de la maladie. Morgagni avait bien pensé que ce nouvel état de l'estomac pouvait être pour le praticien une source de difficultés : aussi en parlant d'un cas de ce genre dans lequel Valsalva reconnut la maladie, il s'exprime ainsi : « *Ut ab hâc incipiam, animadvertas velim multifariàm posse ventriculum in hypogastrio. Aliquandò enim eâ est amplitudine, ut, in muliere quam in nosocomio hoc secui, circà medium decembrem anni* 1717, *ventriculi fundum non magis ab osse pubis distare, quàm in fœminâ modo propositâ, viderim, et iis qui aderant ostenderim, tanto id magis admirantibus quia ventriculus erat inanis. Cùm enim aut flatibus aut humoribus præter omnem modum distenditur, posse eò pervenire ut fœminæ aut projam diù prægnantibus, aut pro ascitis habeantur, notum est ex observationibus Moinichenii in primis et Jodonii* (1).

Nous placerons à côté de ces réflexions et à côté des faits qui les ont suscitées, plusieurs observations dans lesquelles la maladie a été reconnue pendant la vie des malades. L'on

---

de Beaune, qui en est l'auteur, indique le tome II et la page 104 de l'ouvrage de Vacca, intitulé : *Saggio intorno alle princip. e piu frequent. malatt.*, etc., comme étant la source où il a puisé. J'ai parcouru tout l'ouvrage de Vacca, sans y retrouver ce passage. M. Bard s'est sans doute trompé sur le titre de l'ouvrage qu'il a cité, car trop de détails accompagnent cette observation, pour que l'auteur de l'article ne l'ait pas lue dans l'ouvrage de Vacca. J'ai cru de mon devoir de donner ces détails; c'est au lecteur à juger quelle est la véracité du fait que nous rapportons.

(1) Morgagni, *De causis et sed. morb.*, lib. 3. *De morbis ventris*, epist. XXXIX.

pourra voir que, par un examen attentif des symptômes, il n'est pas toujours difficile de reconnaître le développement anormal de l'estomac.

Obs. IX.e — *Attaques nombreuses d'hystérie; secousses des viscères abdominaux; tumeur à l'hypogastre reconnue pour être l'estomac déplacé; mort. Diagnostic confirmé par l'autopsie.* — Une femme maigre, âgée de 40 ans, très-sujette à des attaques d'hystérie, avait éprouvé un grand nombre d'accès pendant lesquels tout le corps avait été agité de mouvemens convulsifs, et les viscères abdominaux fortement froissés. Enfin, après avoir éprouvé des accès encore plus violens, elle commença à s'apercevoir qu'il existait à l'épigastre une sorte de dépression, et qu'elle avait au contraire une tumeur vers l'hypogastre. L'état de l'épigastre ne changeait jamais; la tumeur de l'hypogastre variait au contraire dans l'espace d'un jour. Souvent au moment où le volume et la dureté de la tumeur étaient le plus considérables, cette dernière s'affaissait presque subitement. De même lorsque la malade prenait des alimens, elle sentait qu'ils parvenaient jusques dans la tumeur qui proéminait alors davantage. La malade éprouvait aussi dans ce point un sentiment de pesanteur, mais alors il devenait beaucoup plus fort qu'il ne l'était habituellement. Quatre ou cinq heures après, il survenait des douleurs violentes et des défaillances; la malade se plaignait. Tous ses viscères, disait-elle, semblaient sortir de leur place. Les digestions étaient évidemment détériorées. Il y avait de la fièvre et une grande maigreur. Pendant trois mois elle resta dans l'état qui vient d'être décrit; au bout de ce temps elle mourut. A l'ouverture du cadavre on rencontra, comme l'avait diagnostiqué Valsalva, l'estomac qui descendait jusque dans l'hypogastre, et qui n'était pas à quatre travers de doigts du pubis (1).

(1) Morgagni, *De causis et sed. morb.*, lib. 3, *de morb. ventris*, epist. XXIX, obs. *Valsalva*.

C'est à la suite de ce fait que Morgagni place les remarques que nous avons rapportées un peu plus haut. Valsalva ne s'en laissa pas imposer par cette tumeur que la malade portait à l'hypogastre. Il s'aperçut bientôt que c'était l'estomac qui avait subi un véritable déplacement, car la tumeur augmentait de volume après l'ingestion des boissons et des alimens, et la malade sentait ces substances descendre jusques dans l'hypogastre, et dans la tumeur elle-même.

Obs Xe — Digestions difficiles. — Vomissemens revenant de temps à autre. — Signes d'un développement considérable de l'estomac. — Mort. Estomac descendant jusques dans la fosse iliaque gauche. — Squirrhe du pylore (1). — Nous reçûmes le 6 octobre 1816, à l'hôpital de Beaune, le nommé Claude B**, vigneron, âgé de 31 ans, pour y être traité d'une affection chronique de l'estomac. Cette maladie datait de trois ans et avait été consécutive à une chute; elle était caractérisée par des digestions difficiles. Il existait au ventricule un sentiment d'ardeur qui semblait causé par la présence d'eaux ou de gaz acides qui se dégageaient par de fréquentes éructations. Hors cette sensation d'ardeur le malade n'éprouvait que celle d'un gonflement pénible qui, en refoulant le diaphragme, diminuait la capacité thoracique au point de sembler devoir amener la suffocation. L'appétit était variable, mais au total, suffisant pour soutenir les forces, si les substances introduites avaient pu être suffisamment digérées ou assimilées. Mais l'estomac se remplissait par degrés d'alimens et de breuvages qui, après y avoir été retenus un temps plus ou moins long, (on pouvait l'évaluer d'un jour à huit) et s'y être accumulés jusqu'au point d'une parfaite réplétion, étaient rendues par une sorte de régurgitation en quantité considérable à la fois. Cet état était accompagné d'une constipation opiniâtre. Il coulait peu d'urine, il y avait un degré bien marqué d'a-

(1) *Journal gén. de Méd.*, toms LXVIII, page 55.

maigrissement ; le pouls devenait de temps à autre irrégulièrement fébrile.

Le toucher pratiqué avant le vomissement faisait reconnaitre un développement mou et flatulent de la partie supérieure de l'abdomen, et des percussions opérées alternativement sur les deux côtés de cette région produisaient le son non équivoque d'une ondulation. Dans l'état de vacuité de l'estomac, l'épigastre était déprimé, et le toucher ne faisait découvrir ni indurations bien déterminés, ni parties affectées d'un degré remarquable de sensibilité.

Je fis appliquer un moxa à l'épigastre, j'employai à l'intérieur les savonneux, les mercuriaux, les diffusibles, et j'alternai ces moyens avec des laxatifs qui procuraient bien quelques évacuations alvines, mais ne débarassaient l'estomac que très imparfaitement ou d'une manière peu sensible. Je fis faire usage au malade pendant un certain temps de lavemens purgatifs pour faire diversion à l'état par fois spasmodique de l'estomac et dans l'intention d'en diminuer la sensibilité qui devenait quelquefois exquise. Dans cette vue, j'avais aussi de temps en temps recours aux narcotiques, à l'extrait de ciguë, etc... Des momens de calme et de mieux être ont été alternativement procurés par chacun de ces moyens, mais la nutrition ne s'opérant qu'au plus faible degré, il devenait impossible que le malade vécut longtemps avec un semblable genre d'affection, et il succomba le 3 février 1817, réduit au plus haut degré de marasme et ayant conservé jusqu'à ses derniers momens toute sa présence d'esprit.

J'en fis l'ouverture le même jour ; le bas-ventre était légèrement gonflé et présentait une fluctuation sensible dans la majeure partie de son étendue. Cette capacité, qui m'avait toujours paru renfermer le siége de la maladie, fut ouverte, et c'est alors que je pus vérifier (ainsi que je l'avais soupçonné,) l'existence d'une excessive dilatation du ventri-

cule. Ce viscère, à moitié plein de liquide et en outre distendu par des gaz, occupait antérieurement les régions épigastrique et ombilicale, et son cul-de-sac allait reposer sur la fosse iliaque. Le foie avait sa consistance et presque sa couleur naturelles, mais son volume n'égalait pas deux fois celui du poing. Cette extrême diminution semblait due à l'angustiation de ses vaisseaux, qui reconnaissait elle-même pour cause une pression habituelle produite par le développement de l'estomac; car la coronaire stomachique paraissait être la continuation du tronc cœliaque et ne donner que comme de faibles rameaux les artères hépatique et splénique. La vésicule du fiel avait un développement relatif assez considérable et contenait une bile pâle et très-filante.

L'extrémité pylorique de l'estomac et le commencement du duodénum laissaient reconnaître au toucher une tumeur dure assez grosse et de la longueur de trois pouces. Après l'avoir ouverte, en commençant par la partie saine du duodénum, je parvins dans un conduit long de deux pouces et demi environ, pouvant avoir le diamètre d'une large plume à écrire, qui s'ouvrait dans le ventricule. Dans ce trajet inégal, qui n'était formé que par la membrane muqueuse dégénérée, on ne remarquait ni érosion, ni ulcération. J'avais détaché ce monstrueux estomac, dans l'intention d'en mesurer la capacité et de le conserver après l'avoir rempli d'air. Ce qu'il contenait n'était autre chose que des gaz, des boissons et un résidu d'alimens dans lequel on remarquait un certain nombre de noyaux de pruneaux. Après l'avoir vidé, j'y avais introduit de l'eau et il en contenait déjà dix litres, paraissant près du terme de son plus grand développement, lorsque je m'aperçus que la pression du liquide avait distendu plus particulièrement une certaine portion de ce viscère dans sa petite courbure, et au point d'insertion des deux feuillets de l'épiploon gastro-hépatique. Il ne tarda pas à s'y opérer une large rupture. La substance

de l'estomac était très-molle et facile à déchirer, les fibres musculaires présentaient de larges intervalles; sa membrane muqueuse, intègre partout, m'offrit vers la grande courbure et le cul-de-sac des taches sanguines brunes, qui n'étaient autre chose que des points où des capillaires artériels dilatés avaient par intervalles laissé échapper du sang. Il en avait en effet paru de loin en loin dans les matières rejetées.

La rate presque collée au grand cul-de-sac de l'estomac n'avait que le volume d'un petit œuf.

Le pancréas, d'une grandeur ordinaire, paraissait sain, et semblait avoir depuis long-temps suppléé en quelque sorte la sécrétion de la bile. Le canal intestinal était généralement rétréci.

Les poumons refoulés depuis long-temps par le volume de l'estomac qui faisait fortement bomber le diaphragme dans la cavité de la poitrine, étaient comme flétris, mais sains. — On remarquait une adhérence intime des feuillets du péricarde. Dans l'observation suivante, que nous empruntons à M. Andral, les symptômes de la maladie étaient encore bien plus tranchés que dans l'observation qui précède.

Obs. X.e — *Dilatation très-considérable de l'estomac qui remplit l'abdomen. — Induration des parois de la région pylorique, avec destruction de la tunique musculaire. Conservation de la largeur accoutumée du pylore* (1). — Une femme âgée de soixante-cinq ans, maigre, chétive, éprouve, vers le mois de juin 1821, de la difficulté à digérer, des alternatives d'appétit dévorant et d'anorexie complète; des éructations acides, des nausées, des vomissemens fréquens plusieurs heures après le repas, et une douleur vive dans la région épigastrique. Les symptômes acquièrent plus d'intensité, et la malade entre à la Charité en mars 1822.

(1) *Clin. méd.*, *Mal. de l'abd.*; tome II, obs. V.e

Elle était réduite au dernier degré de marasme, l'estomac se dessinait très-bien à travers les parois abdominales. Il était facile de voir qu'il occupait la plus grande partie de la cavité du ventre. Son bord colique reposait immédiatement sur le pubis; son bord diaphragmatique décrivait une courbe dont la concavité regardait en haut, et qui, partant de l'épigastre, descendait jusqu'au niveau de l'ombilic, puis remontait vers l'hypochondre droit. La malade vomissait toutes les 48 heures une grande quantité d'un liquide brunâtre. Après qu'elle avait vomi la tumeur s'affaissait, mais ne disparaissait point. Le vomissement avait lieu sans efforts, presque comme une simple régurgitation. La langue était naturelle, la soif très-modérée, les selles rares. Elle meurt au bout de quinze jours.

A l'autopsie, le crâne et le thorax furent trouvés sains. L'estomac occupait la presque totalité de la cavité abdominale. Il descendait d'abord verticalement de l'épigastre jusque vers la fosse iliaque gauche, puis il se dirigeait obliquement de gauche à droite et de haut en bas vers la fosse iliaque droite. Dans cet intervalle, la grande courbure était cachée par le pubis et reposait sur l'utérus. Il remontait ensuite vers l'hypochondre droit, où il se continuait avec le duodénum. Le reste du canal intestinal était caché par l'estomac à l'exception de quelques anses de l'intestin grêle. L'estomac contenait une énorme quantité de liquide brun. Sa surface interne était partout d'une blancheur parfaite, mais partout aussi la muqueuse était d'une grande mollesse. Dans une étendue de quatre travers de doigt en deçà du pylore, cette membrane n'existait plus. Là où commençait la solution de continuité de la membrane muqueuse, elle formait un bourrelet blanchâtre irrégulier. Le fond de l'ulcère qui en résultait était formé par le tissu lamineux qui avait quatre à cinq fois au moins son épaisseur naturelle, et se laissait diviser par le scalpel en un tissu d'un blanc nacré. La surface libre présentait une

couleur d'un gris noirâtre. Dans cette même étendue, l'on ne trouvait plus aucune trace de fibre musculaire. L'ouverture du pylore présentait encore assez de largeur pour admettre l'extrémité du doigt indicateur. Le reste du canal intestinal était très-resserré et sain.

Nous n'insisterons pas de nouveau sur cette disposition des parois de l'estomac dans la région pylorique, sur l'induration du tissu cellulaire et la destruction des fibres musculaires dans cette région; nous avons exposé plus haut quelle valeur M. Andral donnait à ces altérations dans la la production du développement anormal de l'estomac, et quelle influence ce désordre peut avoir sur la rétention des substances introduites dans le ventricule. Nous ferons remarquer que la maigreur extrême de la malade facilitait singulièrement le diagnostic de son affection. On pouvait en effet suivre l'estomac dans toute son étendue à travers les parois abdominales excessivement amaigries. Les vomissemens chez cette femme ne revenaient que toutes les 48 heures, et chaque fois ils étaient suivis d'une diminution sensible dans le volume de la tumeur. Le caractère des vomissemens, qui revenaient comme par une sorte de régurgitation, doit être aussi noté.

Dans les observations suivantes, quoique la maigreur des sujets n'ait pas favorisé le diagnostic de la maladie, elle a néanmoins été reconnue pendant la vie des malades; et quoique l'autopsie ne soit pas venu vérifier le diagnostic, on ne peut méconnaitre une ampliation morbide de l'estomac.

Obs. XII.e — *Usage habituel de boissons très-abondantes. — Signes d'une distension considérable de l'estomac. — Alternatives d'exacerbation et de diminution de la maladie.* (1) M. D.**, d'une stature au-dessus de la moyenne, à formes dégagées, d'un tempérament nervoso-sanguin, doué

(1) *Journal compl. du Dict. des Sciences méd.*, t. XXXV, p. 162, obs. par M. Philibert Pézerat, de Charolles.

d'une grande activité physique et morale, est actuellement âgé d'environ 35 ans. Il contracta dès son enfance l'usage de prendre beaucoup de boissons, et cette habitude se soutient encore aujourd'hui. Chaque matin à jeun, il confie à son estomac, à titres de rafraichissant, plusieurs grandes verrées d'eau faiblement teinte de vin. Son appétit est ordinairement très-peu prononcé : le plus souvent il ne se décide à prendre des alimens qu'avec répugnance et pour faire cesser un sentiment de faiblesse et de besoin qui résulte de leur abstinence; de temps en temps l'estomac se distend graduellement pendant plusieurs jours consécutifs. Il se vide tout-à-coup d'une manière bruyante par les intestins. Un dévoiement passager amène un soulagement marqué mais peu durable. M. D.** a fait un fréquent usage de purgatifs drastiques; leur effet instantané est la déplétion de l'estomac, un sentiment de bien être, le retour momentané de l'appétit. Peu de jours suffisent pour ramener les digestions à leur état de langueur devenu normal. J'ai examiné le malade le matin après l'ingestion de son eau vineuse, avant celle d'alimens solides. Les régions épigastrique et hypochondriaque n'étaient le siège d'aucun engorgement ni tension manifeste. Des secousses brusques imprimées à l'estomac à travers les parois de l'abdomen produisaient un bruit semblable à celui d'un liquide agité dans un vase qui contient en même temps de l'air (ce bruit était journellement et à volonté déterminé par M. D.**). La percussion immédiate de l'épigastre donnait la résonnance tympanique. Sa pression prolongée déterminait des borborygmes qui paraissaient dus au passage du gaz de l'estomac dans les intestins. Les percussions et pressions n'étaient nullement douloureuses et ne le sont pas ordinairement. L'estomac est le siége habituel d'une sensation d'affaissement ou de délabrement, laquelle n'est jamais portée au degré d'une douleur aiguë. La langue est constamment un peu plus colorée sur les bords que chez la plupart des individus adul-

tes, blanchâtre à sa surface, souple, humide, et tellement épanouie en tous sens, qu'elle n'est contenue qu'avec peine dans la mâchoire inférieure. Elle est plissée dans le sens de sa longueur, ce qui la fait paraître profondément gercée. Si dans l'exercice pénible de la chasse auquel M. D.** se livre parfois plusieurs jours de suite, il lui arrive de s'abstenir de sa boisson du matin et de la remplacer par un déjeuner solide composé d'alimens et de boissons spiritueuses, il ne peut plus, à volonté, produire des borborygmes et le bruit de collision par la pression du gaster. Le sentiment pénible éprouvé par cet organe disparait, l'appétit se prononce, les forces acquièrent une nouvelle énergie. Mais, au bout de plusieurs jours l'inappétence revient, l'estomac donne la sensation de la distension avec pesanteur, et ne tarde pas à se vider d'une manière brusque par la voie des intestins, avec dévoiement. M. D.** soulagé, redoute une nouvelle indigestion, se met à l'usage de ses boissons copieuses et retombe dans son état habituel de malaise gastrique. Une remarque importante à faire, c'est que ces dyspepsies n'amènent jamais le vomissement, quelque grande et incommode que soit la surcharge gastrique. La santé de M. D.** est bonne sous tous les autres rapports. Il a de l'embonpoint et une belle carnation : s'il lui arrive de manger pendant plusieurs jours de suite plus copieusement que de coutume, son embonpoint fait des progrès très-sensibles. La fatigue qu'il éprouve à l'estomac le rend souvent morose. Elle n'est jamais accompagnée de mouvement fébrile sympathique.

Le régime antiphlogistique a été souvent prescrit au malade, sa grande vivacité l'a empêché de le suivre. Je lui ai donné l'avis de se retrancher sur l'abondance de ses boissons, de supprimer celles du matin, de les remplacer par des alimens peu volumineux et réparateurs, d'user modérément des toniques et des astringens légers, d'apporter une graduation prudemment ménagée dans ce changement de

régime, et une persévérance inébranlable dans son emploi. Je n'ai pas été plus heureux que je sache pour l'observation de mes conseils que ne l'ont été les médecins recommandables qui m'ont précédé dans la direction de M. D.**. Il cède à des habitudes qui datent de son enfance.

Il est impossible de méconnaître une ampliation de l'estomac dans cette observation de M. Pézerat. L'auteur en fait ressortir les symptômes avec beaucoup de talent, et sous le rapport du diagnostic, c'est un des faits les plus complets que j'aie rencontrés dans les auteurs. Il est impossible de voir dans ce fait autre chose qu'une paralysie de l'estomac; rien n'indiquait chez ce malade une lésion du tissu du ventricule. L'orifice pylorique n'était pas le siége d'une tumeur squirrheuse, et le malade n'avait jamais eu de vomissemens noirâtres ou de toute autre nature.

Un fait entièrement analogue vient d'être observé dans le service de M. Rayer, qui a bien voulu me faire voir le malade. M. Guyot, mon ami et mon collègue, qui a recueilli avec le plus grand soin l'observation de cet homme, me l'a communiquée dans tous ses détails. Comme elle pourrait perdre de son intérêt si j'y faisais le moindre changement, je la donne telle que M. Guyot me l'a transmise.

Obs. XIII.° — Digestions difficiles. — Aigreurs après le repas. — Accumulation des alimens dans l'estomac. — Ampliation du viscère reconnue pendant la vie. — Emploi de la glace et de la strychnine. — Le 9 septembre 1833, le nommé Savoy Alexandre, âgé de 38 ans, employé à la banque, se présenta à l'hôpital et fut couché dans le service de M. Rayer, salle saint Michel, N.° 2. Il a le corps assez grêle et sa constitution n'est pas robuste, il est né de parens sains et dont aucun n'est porteur d'affections cancéreuses. Voici ce qu'il raconta touchant la singulière maladie dont il était atteint : Dès l'âge de dix à douze ans, ses digestions étaient pénibles, et souvent il avait des aigreurs. Soldat à 15 ans, il fit la campagne de Russie,

et les privations de tout genre aggravèrent singulièrement les symptômes qu'il avait précédemment éprouvés: marié à 20 ans, sa santé sembla s'améliorer; mais bientôt de nombreux chagrins l'assaillirent; les douleurs d'estomac, les aigreurs revinrent plus fréquentes et plus intenses, mais les vomissemens n'avaient point encore paru. Il y avait des instans d'un mieux qui ne s'est jamais soutenu long-temps. Le genre d'occupation du malade, qui lui faisait mener une vie très-active, ne lui a jamais permis de suivre un traitement sagement administré.

Vers 1828, la gêne, la constriction épigastrique acquéraient par fois une intensité intolérable, les aigreurs étaient presque continuelles; des rapports nidoreux, des rôts d'une odeur repoussante, fatiguaient le malade et ceux qui l'approchaient. La nuit surtout, son état empirait; le sommeil était agité, il ne pouvait trouver le repos dans les mille et une positions qu'il prenait. C'est alors que l'amaigrissement fit des progrès, que les garde-robes devinrent fréquentes, et que plusieurs fois le malade retrouva dans ses fèces, des alimens qui n'avaient subi presque aucune altération. Cette circonstance ne fut pas de longue durée. Ce fut à cette époque que le malade imagina de se faire vomir en se titillant la luette. Il y trouva du soulagement. En effet, l'estomac débarrassé des matières qu'il contenait, le sentiment de gonflement, la gêne, l'oppression épigastrique, si je puis ainsi dire, les rôts, les rapports, disparaissaient, et le malade se trouvait dans un état de bien-être extraordinaire. Il a depuis suivi cette méthode et l'emploie tous les deux, trois, ou quatre jours, suivant le besoin. Dans quelques cas le vomissement est spontané, et il le serait probablement toujours, si le malade pouvait supporter l'énorme distension qui résulterait de l'accumulation des alimens de cinq ou six repas. L'appétit est assez inégal, généralement bon. L'estomac ne supporte pas indifféremment tous les genres d'alimentation. Le vin et autres alcoholiques aggravent les accidens.

Le lait, le vermicelle, la semouille, les légumes, sont généralement bien supportés : la grosse viande ne l'est guères. La matière des vomissemens consiste : 1.° dans une certaine quantité de mucus gastrique mêlé à de la sérosité que le malade trouve douée d'une grande âcreté (la quantité est très-variable); 2.° des alimens à demi-digérés, d'une odeur acéteuse, forte et désagréable. Souvent il arrive que, le malade se faisant vomir peu de temps après un repas, aucune partie des alimens qu'il vient de prendre n'est rejetée; ce sont les substances qui ont été ingérées depuis quelques jours. Je dois noter que le vomissement ne vide jamais complètement l'estomac.

A son arrivée à l'hôpital, son état était le suivant : amaigrissement assez notable; facies assez naturel; on ne trouve point à la peau cette teinte particulière aux affections cancéreuses un peu avancées; les traits n'indiquent pas non plus une gastrite chronique. La muqueuse buccale, rosée, humide, est dans le meilleur état physiologique. Lorsqu'on examine attentivement l'abdomen, le malade étant horizontalement couché, il est remarquable par une saillie oblongue, recourbée sur elle-même, et qui s'étend des fausses-côtes gauches aux environs de la fosse iliaque droite. A la percussion, la partie supérieure rend un son clair; il est au contraire mat en bas. Quand le malade boit ou mange, la tumeur augmente; elle diminue ou se dessine moins bien lorsqu'il a vomi. Si on la presse d'avant en arrière, les parois abdominales étant relâchées, on a la sensation d'un gargouillement produit par un mélange d'air et de liquide; les pressions latérales et alternatives le développent encore d'une manière plus sensible. Enfin, lorsque le malade contracte et relâche brusquement les muscles abdominaux, on entend distinctement, même à quelques pas de son lit, un bruit que je ne puis mieux comparer qu'à une futaille que l'on agite après l'avoir remplie au tiers de liquide. Ces signes étaient assez positifs pour que l'on dût

croire à une énorme ampliation de l'estomac. Les recherches minutieuses que fit M. Rayer pour s'assurer de l'existence d'une tumeur vers l'orifice pylorique, ne lui firent rien découvrir, non plus que dans le reste du ventre, qui était souple et indolent. La physionomie du malade, l'état de sa muqueuse buccale, etaient aussi loin de militer en faveur d'une affection cancéreuse. Il n'avait jamais eu d'hématémèse, de vomissemens noirs. M. Rayer fut porté à croire qu'il y avait une paralysie de l'estomac, comme il avait déjà eu occasion d'en voir un exemple. Du reste la soif était modérée, l'appétit passable, la constipation assez habituelle. La respiration, qui était purement normale, ne s'embarrassait un peu que lorsque le malade était trois ou quatre jours sans vomir, car alors l'estomac distendu gênait l'action du diaphragme. Lorsque le malade est debout, la forme du ventre change, il proémine au-dessous de l'ombilic; il est en un mot en besace. Il n'y a rien de notable du côté de la circulation.

Pendant les 14 jours que le malade a passés à l'hôpital, son état a offert bien peu de variations. Nous avons eu l'occasion de vérifier la plupart des phénomènes qu'il avait indiqués, notamment l'ampliation de l'estomac, lorsque les vomissemens n'avaient pas lieu, le soulagement qu'ils procuraient, les altérations des substances vomies, etc. Le traitement a consisté dans l'administration de la glace à l'intérieur, et de la strychnine à la dose d'un quart, puis d'un tiers de grain. L'alimentation a été portée de la demie aux trois quarts. Mais les viandes de l'hôpital convenaient peu au malade. Vers la fin M. Rayer était revenu à la semouille, au vermicelle, que le malade digérait plus facilement. Les vomissemens qui avaient les premiers jours paru s'éloigner, furent plus tard provoqués par le malade qui y trouvait un soulagement immédiat. La strychnine a déterminé des secousses internes dont le malade n'a jamais pu bien préciser la nature. En somme, quand il est sorti le 23 septembre

1833, son état n'était pas sensiblement amélioré. Les bains sulfureux qu'il avait journellement pris, avaient, dit-il, augmenté son appétit, M. Rayer l'a engagé à continuer l'usage de la strychnine.

Ce fait est encore plus intéressant que celui qui le précède, car il est aussi complet que l'on peut le désirer. Il est bien évident que chez ce malade, il n'y a pas de squirrhe du pylore; on ne peut sentir aucune tumeur dans cette région; les vomissemens ne sont pas de nature à faire soupçonner une affection cancéreuse. Comme dans le fait observé par M. Pezerat, comme dans le fait qui a été observé par M. Rayer l'année précédente, il n'y a chez ce malade qu'une paralysie de l'estomac. Malheureusement le malade n'a pu séjourner assez long-temps dans les salles, et il est fâcheux que l'on n'ait pas vu le résultat d'un traitement stimulant long-temps prolongé. Quant aux symptômes que présentait le malade, quant aux divers moyens d'exploration employés pour arriver au diagnostic de la maladie, le fait ne laisse rien à desirer (1).

Il nous reste maintenant à résumer le plus brièvement possible les données principales qui ressortent du rapprochement de tous ces faits. Nous n'irons point au delà de ce qu'ils peuvent nous fournir, mais nous tâcherons de ne pas rester en deçà. Nos conclusions n'auront rien d'absolu, car elles porteront sur un petit nombre de faits, les altérations qui accompagnaient l'ampliation de l'estomac n'ayant été que fort incomplètement décrites. Aussi ces conclusions ne sont-elles, pour ainsi dire, que des pierres d'attente destinées à s'étayer sur d'autres.

Causes de l'ampliation morbide de l'estomac. — La cause

(1) Nous avons appris que l'on a appliqué au malade, dont on a suivi la maladie après sa sortie de l'hôpital, un moxa sur l'épigastre. Pendant les premiers jours il a semblé soulagé. L'estomac avait paru revenir un peu sur lui-même. Ce mieux momentané ne s'est pas soutenu; et tous les symptômes précédemment observés se sont reproduits.

qui précède évidemment l'ampliation de l'estomac est l'inertie de ses parois qui permet aux substances introduites dans sa cavité d'y séjourner plus ou moins long-temps et de distendre plus ou moins le viscère. C'est vainement que le vomissement survient, jamais il ne débarrasse complètement le viscère, car la partie la plus déclive conserve toujours un résidu des alimens et des liquides que la force expulsive de l'estomac ne peut pas chasser. Ces causes qui amènent l'inertie des parois de l'estomac sont variables, plus nombreuses sans doute que l'on a pu le croire jusqu'à présent; car l'opinion généralement reçue, c'est que l'ampliation de l'estomac ne s'observe que dans les cas de squirrhe du pylore. Mais il s'en faut de beaucoup que le squirrhe du pylore soit la seule altération qui accompagne l'ampliation morbide de l'estomac; d'autres lésions qui nuisent à la contractilité du viscère ont aussi été observées. Quant aux causes premières, quant à celles qui précèdent ces lésions dont l'influence nous paraît si grande sur le développement anormal de l'estomac, nous n'essaierons pas de les découvrir, ce serait nous engager dans des discussions fort intéressantes sans doute, mais qui nous écarteraient trop du sujet.

Les lésions que nous avons rencontrées concurremment avec l'ampliation morbide de l'estomac, et qui nous ont semblé avoir une influence sur ce développement, sont les suivantes.

1.° *L'oblitération ou le rétrécissement du pylore.* Nous voyons chaque jour la vessie se distendre sous l'influence des obstacles mécaniques qui siègent vers son col. Mais comme la vessie n'a qu'un seul orifice, si cet orifice vient à s'oblitérer, le viscère se dilate énormément en peu de temps et se perfore si l'on n'y apporte un prompt secours. Dans l'estomac, l'ampliation du viscère s'opère de même, lorsque son orifice pylorique est oblitéré; seulement la maladie marche plus lentement. L'orifice supérieur du vis-

cère peut en effet, par l'action du vomissement, donner issue à une partie des substances qu'il renferme. De plus ces substances introduites dans l'estomac peuvent y être ingérées en plus ou moins grande quantité, suivant les besoins du sujet. Dans la vessie, au contraire, outre qu'il n'existe qu'un orifice, le liquide qu'elle renferme s'y accumule sans cesse, sa sécrétion étant entièrement soustraite à l'empire de la volonté. Aussi conçoit-on facilement la différence qui doit exister dans la marche des deux affections.

Mais le squirrhe du pylore existe rarement seul, avec l'ampliation de l'estomac, presque toujours il est accompagné de quelqu'une des lésions que nous allons examiner. Ainsi il est difficile d'assigner au juste à cette altération son influence sur l'ampliation de l'estomac.

2° *Adhérences anormales de l'estomac.* — Ces adhérences de l'estomac avec les viscères environnans, avec le foie (*obs.* 1), avec la paroi abdominale (*obs.* 6), nous paraissent propres à déterminer l'accumulation des substances introduites dans le ventricule, et à produire graduellement son ampliation morbide en nuisant aux contractions péristaltiques de l'organe.

3° *Destruction des fibres musculaires.* — La destruction plus ou moins complète des fibres musculaires qui occupent le voisinage du pylore, et dont la contraction paraît déterminer le passage des alimens dans le duodénum, nous semble encore une cause déterminante du séjour des alimens dans l'estomac (*obs.* 12).

4° *Induration du tissu cellulaire qui avoisine le pylore.* — C'est en détruisant la contractilité des fibres musculaires de la région voisine du pylore que nous semble agir l'induration du tissu cellulaire. Cette altération coïncide assez souvent avec le squirrhe du pylore. (*obs.* 1, *obs.* 10).

5° *Atrophie de la totalité de la couche musculaire.* — Ce n'est plus alors la portion seule qui avoisine le pylore,

c'est la totalité de la couche musculaire qui cesse d'agir (*obs* 11); elle devient impuissante et n'exécute plus que des contractions insuffisantes pour le passage des alimens dans le duodénum.

6° *Tumeurs hydatiques developpées dans la cavité de l'estomac.* — Ces tumeurs, par leur développement, relâchent les parois de l'estomac, les distendent peu-à-peu au-delà de leur extensibilité naturelle. C'est ainsi que l'on voit le fond de l'estomac être fortement abaissé par le poids d'une tumeur de toute autre nature. Elles peuvent ensuite se rompre dans la cavité du viscère (*obs.* 6) et le remplir d'un liquide plus ou moins abondant.

7° *Paralysie de l'estomac.* — L'estomac peut être frappé d'une véritable paralysie, ainsi qu'on l'observe sur la vessie. Ses parois perdent leur force contractile sans oblitération du pylore, sans adhérences anormales, sans destruction ou atrophie de la couche musculaire, sans aucune des lésions que nous avons énumérées (*obs.* 3, 4)...

Cette dernière circonstance est fort importante à noter; elle trouvera surtout son application lorsque nous essayerons de tracer quelques règles pour le traitement de l'ampliation de l'estomac.

Marche de l'ampliation de l'estomac. — L'estomac perdant peu-à peu sa force contractile sous l'influence des diverses causes que nous venons d'énumérer, il en résulte une accumulation des substances qui sont introduites dans sa cavité. Cette accumulation est incomplète dans le principe; une partie de ces substances peut être rejettée par le vomissement ou s'échapper par le pylore lorsque ce dernier n'est point rétréci ou oblitéré, l'autre séjourne dans l'estomac et pèse continuellement sur son bord colique. C'est à cette pression continuelle, qui s'augmente chaque jour du poids des substances ingérées dans l'estomac, que la partie la plus déclive du viscère cède graduellement. Son bord colique s'étend et s'abaisse donc con-

tinuellement, comme tiré fortement en bas. L'obliquité de l'estomac disparaissant, ses deux orifices se trouvent au même niveau et sont fortement rapprochés l'un de l'autre (*obs.* 4), tandis que son fond s'en éloigne de plus en plus. Il forme une vaste poche qui s'étend, comme on a pu le voir, jusques dans le petit bassin A mesure que ce relâchement s'opère, le vomissement devient de plus en plus rare, parce que la capacité du viscère augmente et que le besoin d'expulser les matières qu'il renferme se fait de moins en moins sentir. A mesure que l'ampliation augmente, le vomissement devient de moins en moins capable de débarrasser complètement l'estomac, et la quantité des matières qui séjournent et qui échappent aux efforts du vomissement va toujours en augmentant. Ainsi l'accumulation des alimens, dépendant d'abord du défaut de contractilité des parois de l'estomac, devient bientôt la cause la plus puissante de son ampliation.

Le viscère descendant ainsi, ou plutôt envahissant peu-à-peu l'abdomen, de la partie supérieure vers l'inférieure, refoule les intestins, se place au-devant d'eux et les recouvre complètement. Le colon transverse entraîné dans ce déplacement suit le bord inférieur de l'estomac qu'il accompagne jusques dans le petit bassin. Quant au colon ascendant, à l'S iliaque du colon, ces deux organes se trouvent cachés par cette vaste poche que représente l'estomac. Tous les rapports entre les viscères et la paroi abdominale disparaissent donc successivement à mesure que l'ampliation du viscère augmente.

Quant aux phénomènes de la nutrition, peu altérés dans le principe, ils finissent par se déranger. Les malades perdent leur embonpoint, s'épuisent et finissent par succomber.

Symptômes de l'ampliation morbide de l'estomac. — D'après les causes que nous avons assignées à l'ampliation morbide; d'après les lésions variées qui l'accompagnent et

semblent la déterminer, on peut juger combien doivent être différens les symptômes qui accompagnent son début. Tantôt ce sont tous ceux du squirrhe du pylore et du cancer de l'estomac, tantôt ceux que l'on a attribués à la gastrite chronique ou aux névroses de l'estomac.

Mais lorsque l'ampliation du viscère s'est prononcée, on peut alors la reconnaître à divers signes.

L'état de la langue ne fournit aucun signe : dans la plupart des cas elle est pâle; dans quelques-uns, elle présente à peine un peu de rougeur. Dans un seul (*obs.* 11), elle était excessivement élargie, à peine tenait-elle dans la mâchoire; elle était plissée longitudinalement comme si elle eût été pressée latéralement; son tissu semblait participer à ce relâchement des parois de l'estomac. Ce signe n'a pas été constaté sur d'autres sujets.

Le vomissement peut offrir quelques signes. Ordinairement quand l'estomac a subi une ampliation morbide, les vomissemens deviennent plus rares s'ils ont été fréquens dans le principe. Ils sont copieux et formés en partie par du mucus gastrique et en partie par les substances qui ont séjourné depuis plus ou moins long-temps dans la poche inerte que représente l'estomac ; si la maladie dépend d'un cancer, les vomissemens peuvent offrir en outre la teinte noirâtre propre au cancer ulcéré. Ici, c'est moins la qualité du vomissement que la manière dont il s'exécute, qu'il faut examiner avec soin. Chez la plupart des individus, ce vomissement n'est qu'une simple régurgitation, les matières contenues dans l'estomac remontent sans efforts, et sont rendues de même: chez tous, cette régurgitation est précédée d'un sentiment de plénitude et elle est suivie d'un grand soulagement.

Chez certains individus, le vomissement manque complètement. (*Obs.* 3.) D'autres, sachant que le vomissement seul peut les débarrasser, l'excitent en se titillant la luette (*Obs.* 12). Chez d'autres ce sentiment de plénitude cesse à la suite d'une évacuation subite qui s'opère par les intes-

tins, (*Obs.* 12) enfin, chez quelques-uns il va toujours en augmentant et ne disparaît pas, quoi qu'on fasse, le vomissement ne pouvant être excité par aucun moyen. (*Obs.* 13).

L'exploration de l'abdomen, lorsque l'ampliation de l'estomac a fait des progrès assez étendus, vient bientôt au secours de l'observateur. Cette exploration, souvent facile chez les sujets maigres, ne laisse pas que d'offrir des difficultés chez les sujets qui conservent un embonpoint ordinaire. Elle doit être faite dans deux circonstances différentes; 1.° lorsque le malade n'a pas vomi depuis quelque temps; 2° immédiatement après le vomissement.

1.° *Lorsqu'on examine, avant le vomissement*, l'abdomen d'un individu qui porte une ampliation de l'estomac, quelles qu'en soient la nature et la cause, on sent au toucher une tumeur ordinairement mal circonscrite qui s'étend de l'hypochondre gauche vers la fosse iliaque droite. Cette tumeur, que l'on peut quelquefois circonscrire d'une manière exacte (*Obs.* 10.), s'étend aussi à l'hypogastre et remonte vers le flanc droit. Le malade est-il placé dans une position verticale, l'épigastre est moins saillant que la partie la plus déclive de l'abdomen; le malade est-il couché horizontalement, au contraire, cette région participe à la tuméfaction du ventre; partout cette tumeur donne la sensation d'une fluctuation et d'un empâtement obscurs.

La percussion pratiquée sur l'abdomen donne un son clair vers la région épigastrique, et à mesure que l'on descend vers l'hypogastre, le son devient plus mat. Cette différence de son s'explique tout naturellement, les liquides occupant le point le plus déclive de l'estomac et les fluides aériformes la partie la plus élevée. Du reste, la position du malade influe beaucoup sur ce dernier signe; car cette matité vers la partie inférieure de l'abdomen augmente par la position verticale, devient plus étendue, et semble remonter vers l'épigastre, à mesure que le malade se couche horizontalement.

Le ballottement opéré dans ces circonstances à l'aide des deux mains placées de chaque côté de l'abdomen détermine un bruit particulier semblable à celui que l'on produirait avec une vessie à moitié remplie d'air et de liquide et à laquelle on imprimerait des secousses. (*Obs.* 1, 10, 12, 13).

La succussion n'a pas encore été employée dans ce cas ou du moins chez aucun des malades dont les histoires ont été rapportées par les auteurs que j'ai consultés. Des secousses brusques imprimées au tronc, tandis que l'oreille serait appliquée sur la région épigastrique, pourraient faire entendre ce bruit d'une manière plus distincte si le ballottement ne suffisait pas, ce qui pourrait arriver chez des individus qui conserveraient encore un certain embonpoint.

Enfin quelques individus déterminent à volonté ce bruit de gargouillement, en contractant et relachant alternativement le diaphragme et les parois abdominales.

L'ingestion d'un liquide ou d'alimens dans la cavité de l'estomac peut contribuer à faire établir le diagnostic de la maladie. Suivant que l'on portera plus ou moins loin la distension de l'estomac, la tension de l'abdomen et le volume de la tumeur augmenteront, et le son mat fourni par la percussion s'observera dans une plus grande étendue; le choc fourni par le ballottement et la succussion augmentera. Dans quelques cas enfin, le malade lui-même pourra sentir les substances qu'il ingère dans son estomac descendre jusqu'à la partie la plus déclive de l'abdomen. (*Obs.* 9.)

2.° *Lorsqu'on examine après le vomissement*, tous les signes énoncés ci-dessus disparaissent en partie ou se prononcent moins. La saillie que forme l'estomac distendu se dessine beaucoup moins bien à travers les parois abdominales mêmes lorsqu'elles sont amaigries. La matité disparaît plus ou moins complètement; les pressions latérales, la succussion ne donnent plus le bruit de gargouillement que d'une manière fort obscure.

Mais comme nous l'avons dit, on peut reproduire tous les signes indiqués plus haut, par l'ingestion d'alimens ou de liquides dans la cavité de l'estomac.

Diagnostic. A l'aide des signes que nous avons indiqués on peut distinguer l'ampliation de l'estomac des autres maladies du ventre.

Pourra-on la confondre avec l'ascite, et surtout si l'on voit le début de la maladie? La tuméfaction de l'abdomen ne procède pas de la même manière. Dans l'ampliation de l'estomac la matité marche de la partie supérieure de l'abdomen vers l'inférieure, le fond de l'estomac qui supporte les liquides descendant de haut en bas. Dans l'ascite, le liquide s'accumule d'abord vers l'hypogastre vers la partie la plus déclive des flancs, et c'est là que la matité se rencontre en premier. La forme du ventre varie aussi dans les deux affections. Lorsque la maladie est avancée et que l'on n'a pas assisté à son début, les symptômes commémoratifs peuvent aider encore; mais l'inspection attentive du ventre, mais ces changemens que subit alternativement le volume de l'abdomen par le vomissement ou par l'ingestion des boissons et des alimens dans la cavité de l'estomac; mais cette intermittence dans le volume du ventre qui coïncide avec la surcharge, ou avec la déplétion de l'estomac, établissent les signes différentiels de ces deux affections. C'est pour avoir négligé ces signes, qui existaient cependant, qu'une ponction fut faite à l'estomac, pour évacuer un liquide que l'on croyait renfermé dans le péritoine (*Obs.* 8).

Les hydropisies enkystées, outre les caractères qui leur sont propres, devront s'en distinguer aussi par ces derniers signes tout à fait pathognomoniques de l'affection de l'estomac.

La grossesse ne peut plus être confondue avec le développement anormal de l'estomac. Trop de signes viennent au secours des praticiens pour distinguer ces deux états.

La forme de l'abdomen, la marche qu'a suivie son augmentation de volume ; l'auscultation, qui peut faire découvrir les battemens du cœur du fœtus, ou le bruit placentaire ; le toucher qui fera reconnaître l'état du col ; enfin les autres signes sympathiques de la grossesse ; tout en un mot s'opposerait à une erreur de ce genre ; et disons-le : pour la commettre, il faudrait être ou complètement étranger à l'art ou bien malheureusement organisé.

Traitement. Nous ne pouvons rien dire de bien précis quant au traitement de l'ampliation de l'estomac. Comme on a pu le voir, cette ampliation n'est qu'un symptôme d'une maladie plus ou moins grave : c'est cette maladie qu'il faut combattre ; et ici il faudrait reproduire tout ce que l'on a conseillé dans les affections chroniques de l'estomac.

Le symptôme étant produit, l'ampliation de l'estomac ayant lieu, il est souvent impossible d'y remédier quand la cause qui produit cette ampliation consiste dans une altération organique du viscère. Que faire contre l'atrophie des parois de l'estomac ? contre l'atrophie, la destruction de la couche musculaire ? L'art est impuissant jusqu'à présent contre ces diverses lésions. Dans ces cas l'on devra tâcher de soulager le malade, de le débarrasser de ce sentiment de gêne incommode qu'occasionne la distension de l'estomac. Des toniques légers, des purgatifs doux, pourront être tentés avec prudence dans le but d'exciter l'action des fibres musculaires de l'organe ou de le débarrasser par la voie des intestins ; mais il est probable que la maladie marchera malgré ces moyens.

Plus de chances de guérison existent dans ces cas d'ampliation morbide qui dépendent d'un vrai relâchement, d'une paralysie de l'estomac. On peut réveiller l'action du viscère par des moyens toniques ou excitans dont on surveillera néanmoins l'effet. Les amers, les purgatifs, les excitans tels que la strychnine pourront être employés avec

succès, soit à l'intérieur soit par la méthode endermique. Enfin, jusqu'à quel point une compression méthodique de l'abdomen, qui soutiendrait tous les viscères, qui s'opposerait par conséquent à l'extension de l'estomac, ne présenterait-elle pas quelque avantage? L'ingestion de substances nutritives réduites au plus petit volume possible; la privation presque complète des alimens, surtout chez des individus voraces (*Obs.* 5), pourraient peut-être amener des changemens heureux dans un état qui tend sans cesse à s'aggraver.

De l'influence de la pesanteur sur la circulation et les phénomènes qui en dérivent, et de l'élévation des parties malades, considérée comme moyen thérapeutique. (Extrait des leçons du professeur Gerdy, *à l'hôpital Saint-Louis, par* Gerdy *jeune, interne des hôpitaux de Paris.)*

Si la circulation, la circulation artérielle, au moins, se fait sous l'influence des impulsions du cœur; si tous les fluides qui circulent dans nos vaisseaux s'y meuvent, du moins en partie, sous l'influence de ces organes, tous aussi sont soumis à la pesanteur, qui agit sur tous les corps de la nature : la vie ne saurait les y soustraire. Or, les deux systèmes vasculaires, dont l'un porte sans cesse du centre vers les extrémités les matériaux de la nutrition, dont l'autre incessamment rapporte au cœur les fluides qu'il a puisés dans tous les points de l'organisme, présentent ainsi, dans toutes les parties de l'économie animale, deux courans en sens inverse, et sur lesquels, par conséquent, la pesanteur doit produire des effets opposés. En effet, si elle accélère le mouvement de l'un des courans, elle retarde celui de l'autre : et partant elle doit, par son action lente et continuelle, peu énergique en elle-même, mais puissante par

sa durée, engorger dans certaines parties les parenchymes des tissus, les altérer et les prédisposer aux inflammations. De même, quand des inflammations existent, elle doit les augmenter. Ces deux ordres de résultats seront prouvés par les faits que nous allons exposer; et déjà M. Bourdon a signalé quelques-uns de ces faits, dans un mémoire sur l'influence de la pesanteur.

La position la plus habituelle à l'homme, c'est la verticalité, soit dans la station debout, soit dans la station assise, qui produit sur la circulation les mêmes effets que la première, seulement à un moindre degré pour les membres inférieurs. Or, par suite de cette attitude, qui favorise dans les membres abdominaux la circulation artérielle, tandis qu'elle s'oppose à la circulation veineuse, et qu'elle amène enfin dans ces parties l'engorgement du système à sang noir, l'homme, à mesure qu'il avance en âge, voit souvent ses jambes devenir le siège de varices, d'engorgemens chroniques, et enfin d'ulcères plus ou moins rebelles. Ces accidens, si communs, sont propres aux extrémités inférieures. Ils sont dus à ce que le sang que renferment les veines pèse sur leurs parois, les distend, affaiblit leur ressort; et delà le ralentissement de leur circulation, l'engorgement des tissus, et une prédisposition telle aux inflammations ulcérantes consécutives, que les ulcères en sont fréquemment la suite.

A la tête, au contraire, il résulte de l'élévation habituelle de cette partie, que le système veineux s'y dégorge ordinairement avec facilité du sang qu'il contient, et alors, aidé par la pesanteur, ce système se trouve dans un état de relâchement; mais il éprouve une tension assez forte lorsque la position horizontale du corps soustrait la circulation à l'influence directe de la pesanteur, et alors la tête se congestionne. Elle se congestionne dans la position horizontale, parce que ses veines, ordinairement presque passives dans le mouvement circulatoire, ont peu de force

contractile en raison du peu d'efforts qu'elles ont à faire, et qu'elles se laissent facilement distendre quand le cours du sang n'y est plus favorisé par son poids.

Ainsi, aux membres inférieurs le ressort des veines est affaibli par leur distension presque continuelle ; à la tête il est faible parce qu'il n'est pas exercé. Il en est pour presque toutes les autres parties de l'organisme, seulement à des degrés différens, de même que pour celles dont nous venons de parler. Dans les unes, où la circulation est ordinairement favorisée par la pesanteur, les veines ont peu de ressort et se laissent facilement distendre et engorger, quand cette influence cesse d'agir ou devient opposée à leur courant, et cette distension, si elle est portée loin, les affaiblit encore ; dans les autres, les veines, qui ont à lutter habituellement contre le poids du liquide qu'elles charrient, perdent leur ressort par suite des distensions extrêmes ou prolongées qu'elles subissent. C'est-à-dire, que presque partout les systèmes veineux et capillaire sont soumis, par l'action de la pesanteur dans les différentes situations du corps, à une alternative de tension et de relâchement assez souvent hors des termes d'une activité modérée ; d'où résulte, en définitive, le relâchement progressif des parois veineuses, qui fait que, privées de leur élasticité, elles deviennent de plus en plus aptes à se laisser distendre. Et ainsi les effets s'ajoutant à la cause fortifient sa puissance.

Nous venons de donner, en quelques mots, un aperçu général de l'influence de la pesanteur sur les phénomènes circulatoires ; nous allons maintenant passer en revue tous les principaux effets de cette force, dans l'état sain d'abord, puis dans l'état de maladie ; nous tâcherons ensuite de présenter les applications qu'on peut en faire à l'hygiène et à la thérapeutique.

Influence de la pesanteur dans l'état sain. — Dans la rectitude du corps, lorsque l'homme est debout ou dans

une situation analogue, lorsque la tête, élevée au-dessus du tronc, renvoie facilement au cœur le sang qu'elle en reçoit, sa circulation est libre, régulière, et ses vaisseaux ne sont point engorgés par le fluide qu'ils contiennent. Mais si l'homme se penche ou se couche, de manière à étendre son corps et sa tête dans une situation horizontale, alors sa face s'injecte, rougit ordinairement, et les veines se dilatent. S'il s'incline davantage et place sa tête au-dessous de son corps, la turgescence des vaisseaux céphaliques augmente, la face se gonfle et devient souvent bleuâtre, et cette position ne saurait être gardée long-temps sans qu'il en résulte de la céphalalgie, des vertiges, et bientôt même des accidens plus graves encore. Si les vignerons travaillent des journées entières la tête baissée, dans une position qui, au bout de quelques heures, rendrait malade un homme inhabitué, c'est qu'ils en ont acquis l'habitude par un exercice graduel et modéré qui a fortifié leurs organes et neutralisé en partie l'influence de la pesanteur. Si d'ailleurs on veut bien le remarquer, on verra que fort souvent leur tête est encore, pendant leur travail, la partie la plus élevée du système; qu'en outre les membres, et surtout les membres pelviens en sont toujours les parties les plus basses et les plus gorgées de sang; et enfin que les vignerons, ou les hommes qui travaillent comme eux, se relèvent souvent pour débarrasser la tête du sang qui remplit ses vaisseaux : et l'on ne trouvera plus alors entre eux et les autres hommes, qu'une légère différence dépendant de l'habitude.

Il semble même que l'homme ne peut pas demeurer longtemps dans une position complètement horizontale: du moins ne le voit-on presque nulle part, dans son repos, se coucher horizontablement ; et, n'eût-il qu'une pierre pour appuyer sa tête, toujours il la repose sur un plan plus élevé que le reste de son corps. Mais cette situation même paraît encore puissamment active sur la circulation. N'est-ce pas à son influence que l'on doit attribuer ces *pesanteurs,*

ces douleurs de tête, que l'on éprouve souvent quand on a longtemps dormi ou qu'on est resté au lit plus que d'habitude ? N'est-ce pas encore à son influence que l'on doit attribuer, au moins en grande partie, ce besoin de sommeil qui s'accroît avec le sommeil, et qui fait dire avec vérité que plus on dort, plus on a envie de dormir ? Et ne pourrait-on pas encore trouver dans cette influence l'explication d'un accident beaucoup plus grave, savoir de ces phénomènes nerveux et cérébraux, qui surviennent parfois chez des individus ordinairement d'un âge avancé, affaiblis par de longues maladies, ou par un long séjour au lit, accidens qui entraînent souvent les malades au tombeau, sans que l'on puisse se rendre compte de leur mort. Chez eux, les facultés intellectuelles et les sensations s'affaiblissent peu à-peu ; ils tombent lentement dans un état de torpeur de plus en plus prononcé ; d'abord, on peut facilement les en faire sortir et obtenir d'eux des réponses aux questions qu'on leur adresse ; et tantôt ces réponses sont encore raisonnables, tantôt elles roulent dans le cercle d'un délire fixe, qui appartient aux idées dont ils étaient dominés auparavant ; et puis l'assoupissement augmente ; quand on les éveille, on n'en obtient plus que des regards hébêtés, quelques mots décousus ; toutes les fonctions de relation s'engourdissent de plus en plus, et la vie s'éteint. Et à l'autopsie, que trouve-t-on pour expliquer ces phénomènes ? Un peu de sérosité dans les ventricules du cerveau, un peu d'infiltration dans la pie-mère, de l'injection dans le cerveau, une congestion encéphalique plus ou moins évidente. Est-ce là la cause de la mort ? Il serait difficile de l'affirmer. Mais comme les symptômes qui précèdent et amènent la mort sont donnés par les fonctions du système nerveux ; comme, d'ailleurs, il s'est fait, dans les cavités et les membranes du cerveau, un épanchement plus ou moins considérable, une espèce d'apoplexie séreuse, passive, dans le cerveau lui-même une congestion assez forte, cet organe

ne pourrait-il pas aussi avoir subi dans sa structure une altération réelle et importante, quoique inappréciable pour l'anatomiste. Il me semble, c'est du moins ce qui m'a paru dans le petit nombre de cas de ce genre que j'ai pu observer, que ces divers accidens et la mort qui les suit, peuvent être attribués, du moins en partie, à l'influence qu'un décubitus prolongé a exercée sur la circulation de la tête. Et les faits qui vont suivre démontreront de reste qu'il n'est pas étonnant que cette situation puisse produire de pareils effets sur des organes aussi délicats que le cerveau, dont les moindres lésions ont souvent de si funestes conséquences.

On trouve encore à la tête un exemple bien manifeste de l'influence de la pesanteur, dans ces enchiffrènemens ou ces engorgemens indolens et non inflammatoires de la pituitaire, qui surviennent assez souvent lorsqu'on est couché, qui gênent ou empêchent la respiration nasale, et qui obstruent alternativement l'une ou l'autre narines, suivant que l'on se couche sur l'un ou l'autre côté.

A la poitrine, la stase du sang est plus considérable dans les parties le plus habituellement déclives des organes respiratoires : aussi voit-on les pneumonies affecter de préférence la base des poumons. Il est bien entendu que nous ne parlons point ici des pneumonies occasionnées par une cause locale, comme les corps étrangers venus du dehors, ou développées dans les organes ; ni de celles que certains pathologistes supposent présider à la naissance des tubercules, et qui, si cette opinion était fondée, feraient exception à la règle que nous venons d'énoncer.

Les mamelles abandonnées à leur poids, chez les femmes qui ne portent point de corset, deviennent assez fréquemment, surtout lorsqu'elles sont molles et pendantes, le siége de douleurs vives, qui tiennent sans doute en partie au tiraillement qu'elles éprouvent, mais qui dépendent probablement aussi de l'engorgement qui s'y établit. Dès-

lors, on conçoit que, pour combattre ces causes, l'usage des corsets ou de quelque autre moyen propre à soutenir les seins, est pour les femmes presque toujours utile et très-souvent indispensable.

Au bas-ventre, l'influence de la pesanteur, sur des tissus qui y sont prédisposés par leur structure, produit à la longue cet état variqueux des veines du rectum et ces altérations diverses qui constituent les hémorrhoïdes. Cette influence n'est pas étrangère non plus aux inflammations et aux engorgemens chroniques de l'utérus, aux pertes utérines. Ces affections, et surtout les premières, s'observent souvent chez les femmes délicates des villes, qui se lèvent trop tôt après être accouchées. Il semble qu'alors les organes génitaux internes, relâchés, se laissent plus aisément engorger et enflammer d'une phlegmasie chronique. La même circonstance peut causer des pertes graves. Et, d'ailleurs, le coucher horizontal soulage toutes ces affections et peut même les guérir lorsqu'il est suffisamment prolongé.

C'est encore l'influence de la pesanteur qui produit chez l'homme les varices du scrotum et du cordon testiculaire, le varicocèle et le cirsocèle, maladies qui sont constamment accrues par toutes les circonstances capables d'augmenter l'action de la pesanteur ou de relâcher les vaisseaux, comme la chaleur, les exercices prolongés, la fatigue, etc. Et les douleurs intolérables que détermine parfois le cirsocèle dans ces circonstances, disparaissent généralement, en même temps que le gonflement diminue par le repos, par la suspension des bourses, surtout par le décubitus. Aussi, delà découlent des règles importantes, savoir : que tous les individus ayant le scrotum lâche et alongé doivent, quand ils se livrent à de longues marches, à l'équitation, quand ils restent souvent et longtemps debout, porter un suspensoir, pour empêcher l'alongement plus considérable des bourses, l'engorgement des veines et la formation d'un

varicocèle ou d'un cirsocèle; que tous les individus déjà affectés de l'une ou l'autre de ces maladies doivent porter constamment un suspensoir bien fait et bien appliqué, pour prévenir l'augmentation de l'engorgement et les douleurs qui en sont quelquefois la suite.

Peut-être arriverait-on à quelques résultats intéressans pour le sujet qui nous occupe, si l'on examinait la fréquence comparative des inflammations de l'un et de l'autre poumons, des engorgemens du foie et de la rate, par rapport à la position que les individus prennent habituellement pendant leur sommeil.

Dans les membres, la pesanteur encore produit de remarquables effets. Que l'on examine la main, quand elle a été long-temps pendante le long du corps, et surtout par un temps chaud : elle est rouge, chaude, gonflée et fait éprouver un sentiment de tension bien prononcé; si alors on la place dans une position inverse, en l'élevant au-dessus de la tête, on la voit rapidement pâlir, diminuer de volume et se refroidir, parce que le sang qui l'engorgeait, la quitte par l'influence de son poids et l'action des vaisseaux. La saignée produit-elle jamais des effets aussi prononcés? emporte-t-elle jamais aussi vite le sang qui engorge un membre, le pâlit-elle, le refroidit-elle jamais aussi promptement? L'élévation d'une partie déclive ne paraît-elle pas plus active pour en dériver le sang que la saignée même?

La mobilité des membres supérieurs, qui ne leur permet pas de subir pendant bien longtemps l'influence directe et continue de la pesanteur, empêche que cette force ne puisse d'ordinaire y produire des effets morbides. Pourtant il est une maladie qui, développée par le froid et la lenteur de la circulation dans les parties les plus éloignées du centre de la vie et des sources de la chaleur animale, pourrait bien aussi naître en partie sous l'influence de la pesanteur : ce sont les engelures, qui attaquent de

préférence les individus d'une constitution molle et lymphatique, et dont le tissu cellulaire est facile à s'engorger.

Mais, aux membres inférieurs, on aperçoit cette influence d'une manière bien plus évidente. Ce n'est pas seulement par le gonflement des pieds qu'elle se manifeste, ce n'est pas seulement par des engelures, dont elle peut bien favoriser le développement : on voit, chez un grand nombre d'individus, les veines des pieds, des jambes, et quelquefois même des cuisses, se tuméfier chaque jour de plus en plus sous la forme de cordons flexueux et noueux, qui s'entrelacent parfois diversement, et de manière à présenter même des tumeurs plus ou moins volumineuses, d'où le sang paraît prêt à s'échapper. Dans les premiers temps de cette altération des vaisseaux à sang noir, les varices apparaissent seulement quand l'homme est debout, et puis les veines reviennent sur elles-mêmes et s'effacent quand il est couché et que le sang n'a plus à remonter contre son poids. Mais lorsque, à la longue et par suite de distensions répétées, les veines ont perdu leur ressort, elles ne disparaissent plus complètement; et, quoique dans le décubitus elles se vident en partie du sang qu'elles contiennent, il en reste toujours des traces plus ou moins prononcées. Tantôt alors la maladie demeure à ce degré; tantôt, et le plus souvent, continuant ses progrès, elle gagne le système capillaire, où la circulation ne se fait plus qu'à grand peine, et le tissu cellulaire s'engorge, s'endurcit, se colore, et devient comme ecchymosé, parce que le sang s'extravase et s'infiltre dans son parenchyme. Ces altérations du système capillaire et du tissu cellulaire ne sont pas toujours consécutives à un développement considérable d s principales veines sous-cutanées : parfois elles sont déjà très-apparentes, quand encore les veines ont peu subi de dilatation; et dans ces cas, l'influence de la pesanteur semble avoir agi primitivement, ou au moins en même temps que sur les veines, sur les capillaires veineux.

D'autres accidens, enfin, surviennent comme conséquence des phénomènes que nous venons de décrire. Parfois le développement variqueux des veines donne lieu à des douleurs vives qui rendent la marche très-pénible. Parfois aussi les veines, distendues outre mesure, se rompent à l'occasion d'un effort qui gêne ou empêche le retour du sang; ou bien elles sont déchirées par une contusion ou quelque autre action extérieure; ou bien encore elles s'ulcèrent par l'inflammation de leurs parois : et de quelque manière qu'arrive leur perforation, elle donne lieu à une hémorrhagie souvent considérable, assez difficile à arrêter, et facile à se reproduire par le renouvellement de l'ouverture. Mais le plus souvent, le tissu cellulaire infiltré de la partie inférieure des jambes s'enflamme et s'ulcère, parce qu'il est le siége d'une congestion, d'abord passive, puis devenue active par l'irritation qu'elle-même provoque ou par une cause extérieure. Et une fois la solution de continuité produite, qu'elle soit spontanée ou de cause externe, sans cesse elle tend à s'agrandir dans les tissus malades qui l'environnent, tant que l'individu reste soumis à l'influence qui est la cause première de cette désorganisation. Telles sont les causes et la nature d'une foule d'ulcères des jambes.

Quelquefois enfin les douleurs, les hémorrhagies, les ulcères se montrent en même temps chez le même individu, et le contraignent à un repos qui empêche du moins l'augmentation du mal.

Influence de la pesanteur dans les maladies. — Si l'action de la pesanteur, dans l'état sain, suffit pour entraver les phénomènes de la vie, et pour produire à la longue divers états morbides, à plus forte raison, quand déjà les organes sont malades, doit-elle faire sentir son influence. Et ce n'est pas seulement dans les inflammations, dans toutes les affections dont le principal caractère est l'afflux sanguin, que s'exerce cette influence : ainsi, mon frère a observé sur lui-même, dans des névralgies de la tête excessivement

violentes et douloureuses, accompagnées de vomissemens sympathiques, graves, que le coucher horizontal augmentait ses souffrances; il ne pouvait trouver de soulagement qu'en se plaçant assis presque verticalement dans son lit. Il a vu aussi plusieurs personnes dans le même cas. Mais il est vrai de dire qu'à part quelques affections qui, sans être évidemment inflammatoires, se compliquent habituellement d'un mouvement de congestion, et quelques autres sur lesquelles nous reviendrons plus tard, l'action de la pesanteur ne se montre comme aggravant ou modifiant les symptômes, que dans les phlegmasies.

Ainsi dans les inflammations aiguës qui siègent à la tête, les phénomènes, et en particulier la douleur, sont augmentés par une situation horizontale, et l'on éprouve le besoin d'élever la partie souffrante. Parmi ces maladies, nous ne séparons pas les inflammations internes du cerveau et de ses membranes; elles produisent habituellement de tels troubles dans les facultés intellectuelles, que l'homme n'est plus en état de réfléchir sur ses sensations, pas même de les distinguer : mais il n'est pas douteux que le même effet soit produit par la même cause et dans les mêmes circonstances, quoiqu'il ne puisse en être rendu le même témoignage. Aussi est-il toujours rationel, alors de tenir la tête du malade le plus élevée possible. Bien plus, les inflammations qui siègent d'un côté de la tête sont augmentées par l'inclinaison sur ce côté, dans le décubitus; elles diminuent, ou du moins leurs symptômes sont moins graves lorsqu'on se couche du côté opposé. Ainsi encore, lorsqu'une ophthalmie occupe un seul œil, on la voit souvent se transporter brusquement sur l'autre, en même temps qu'elle disparaît du premier, si le malade se tient couché du côté sain. Et cela peut se répéter plusieurs fois, si la maladie ne cède pas promptement à une médication convenable. Il en est de même, et bien plus fréquemment encore, dans les inflammations de la pituitaire, que l'on peut,

presqu'à volonté, quand même elles sont assez aiguës, faire passer de l'un à l'autre côté. Les otites, les phlegmons latéraux de la tête sont aussi plus ou moins douloureux, suivant que l'on se couche sur le côté malade ou sur le côté sain. Enfin, on voit souvent, dans les angines tonsillaires, par la même cause, par la seule influence de la position, les phénomènes morbides se déplacer de l'une à l'autre amygdale.

Au cou, quoique l'influence de la pesanteur ne puisse pas s'y exercer avec autant d'énergie, attendu le peu de diamètre de cette partie, on remarque néanmoins dans les phlegmons, des phénomènes semblables à ceux des phlegmons de la tête. Il en est de même pour le reste du tronc; ainsi l'on voit, par l'habitude constante du décubitus sur le côté sain, des érysipèles du tronc cheminer rapidement à la région la plus déclive, pendant qu'ils s'éteignent dans les points primitivement affectés. Et il est facile de s'apercevoir dans certains cas, que cette rapidité de transmission est due à la circonstance que nous indiquons, et qu'elle ne dépend pas uniquement de la nature voyageuse, comme on pourrait dire, de cette maladie, qui tend sans cesse à se propager en rampant sur la surface du corps.

Déjà nous avons indiqué le siège plus fréquent des pneumonies à la partie inférieure des poumons, comme dépendant de l'influence de la pesanteur. Il est probable aussi que quelques-unes de ces pneumonies qui surviennent, comme accident, à la suite ou pendant le cours de maladies graves et longues, sont en grande partie le résultat de la pesanteur : agissant sur des individus que l'adynamie maintient long-temps couchés en supination, elle doit produire la stase du sang dans les poumons, par suite leur engorgement, et par suite enfin ces inflammations chroniques qui désorganisent les tissus. C'est de même que l'on voit les abcès appelés critiques, et qui surviennent dans des circonstances semblables, se manifester souvent dans les points les plus déclives, comme aux fesses, ainsi que j'en ai pu

récemment encore observer deux exemples. On ne saurait comprendre ce siège d'élection, si l'on n'avait pour s'en rendre un compte probable la déclivité des parties et les pressions auxquelles les assujettit un décubitus prolongé dans la même situation, deux circonstances qui se trouvent ici réunies.

Déjà aussi nous avons dit que les hémorrhoïdes, que les engorgemens, les inflammations chroniques de l'utérus et ses hémorrhagies pouvaient être causés, ou, du moins, que leur développement était favorisé par l'influence de la pesanteur. Eh bien, la même influence irrite et aggrave ces maladies, quand elles existent. Qui ne sait que les hémorrhoïdes deviennent plus douloureuses quand on reste long-temps debout, et surtout long-temps assis? qui ne sait que le décubitus les soulage; que les maladies de l'utérus exigent impérieusement, pour être guéries, le repos dans une situation horizontale; que l'attitude debout aggrave les inflammations du testicule, de la tunique vaginale, des bourses, du pénis? Aussi est-ce une règle importante, dans le traitement de ces inflammations, de soustraire les parties à l'action de la pesanteur, et, pour la verge en particulier, de la maintenir relevée contre le ventre.

Dans les phlegmasies du membre supérieur, et surtout de la main et des doigts, la déclivité du membre, abandonné pendant le long du corps, augmente beaucoup les douleurs et la tension inflammatoire. Aussi, sans avoir besoin des conseils du médecin, la plupart des malades savent-ils, en pareil cas, élever leur main et leur avant-bras dans une écharpe, afin de les soustraire à cette influence. Bien plus, on voit des malades affectés de panaris, par exemple, ne pouvoir goûter un instant de repos, s'ils n'ont la précaution de placer leur main hors du lit et dans une inclinaison ascendante sur le coussin qui porte leur tête. Je l'ai éprouvé par moi-même, après une cautérisation profonde et étendue d'un doigt par un caustique liquide, à la

suite d'une morsure de vipère, et dans d'autres occasions encore. Cette position, qui favorise le retour du sang et diminue l'engorgement et la tension, produit un soulagement tel que, dans la plupart des cas, elle suffit pour permettre le sommeil

Aux membres inférieurs, les effets de la pesanteur sont complètement analogues, et ne diffèrent que par l'énergie plus grande de son influence sur ces parties qui y sont plus spécialement soumises. Aussi les maladies que nous l'avons vu produire sont-elles constamment entretenues et exaspérées par la persistance de son action. Les varices d'ordinaire se multiplient et s'accroissent; l'engorgement des jambes et les ulcères variqueux qui en sont la suite, vont sans cesse s'augmentant lorsque les malades continuent de marcher ou de se tenir debout; les engelures encore, surtout quand elles sont ulcérées, s'irritent et s'agrandissent par la même cause. Les plaies des jambes, même les plaies simples et parfois des plaies fort légères, au lieu de se cicatriser, s'étendent aussi, quand les individus ne gardent pas le repos, et finissent par former également de vastes ulcères, très-incommodes et quelquefois très-difficiles à guérir. Mais ces ulcères, soit les variqueux, soit ceux qui résultent de plaies irritées par l'incurie des malades, ces ulcères guérissent généralement alors que les malades consentent à garder le repos au lit pendant un temps assez long. Quels que soient les moyens accessoirement employés, cataplasmes, lotions ou applications de différente nature, auxquels bien des médecins ont attribué leurs succès, et qui pouvaient tout au plus accélérer la guérison, qui parfois même la retardaient, il reste évident que le principal agent thérapeutique, dans ce cas, c'est le repos dans une situation horizontale. Pourtant, on guérit des ulcères des jambes, chez des malades qui continuent de marcher, on les guérit en resserrant et comprimant l'ulcère, au moyen de bandelettes agglutinatives, et en établissant en outre sur le membre une

compression uniforme et ascendante au moyen d'un bandage *spiral* ou d'un bas lacé. Qu'est-ce-à-dire? c'est qu'alors on remplace l'action de l'horizontalité, qui s'oppose à l'influence de la pesanteur, par un appareil qui, comprimant l'extrémité malade, produit un résultat semblable. En effet, dans un cas comme dans l'autre, on repousse les liquides qui engorgent la partie, on les fait rentrer dans le mouvement circulatoire, et l'on prévient par le même moyen un engorgement nouveau. Mais lorsqu'il y a eu perte de substance assez considérable, et qu'il reste à la place un tissu de nouvelle formation, une cicatrice d'une certaine étendue, l'influence de la pesanteur, surtout chez les vieillards, suffit à elle seule, quand son action est rétablie, pour amener la rupture de la cicatrice et la reformation d'un ulcère pareil au premier.

Nous avons passé en revue les effets particuliers de la pesanteur sur chacune des régions du corps, pour montrer comment elle en modifiait les maladies. Les autres affections qui peuvent se présenter dans toutes ces régions, ou au moins dans le plus grand nombre, n'en sont pas moins influencées. En général, nous pouvons dire que toutes les maladies qui sont caractérisées par l'afflux sanguin ou compliquées d'une congestion plus ou moins forte, que toutes celles qui, par leur nature, déterminent dans les organes une irritation capable d'appeler la congestion, sont augmentées ou aggravées par la pesanteur, quand son influence peut être mise en jeu. Ainsi les inflammations, où qu'elles aient leur siège et quelle que soit leur nature, sont accrues par cette influence; elle irrite les plaies, en empêche la cicatrisation et en favorise l'aggrandissement; dans les contusions, elle augmente l'épanchement sanguin, l'irritation qui en est la suite, le danger des abcès et l'étendue de ces abcès quand ils doivent se former, et en tous cas elle prolonge la durée du mal. Dans les fractures comme dans les luxations, indépendamment des accidens qui peuvent sur-

venir si l'on s'appuie sur les membres lésés, la pesanteur tend à aggraver l'irritation et l'engorgement qui existent toujours, et à produire une inflammation souvent grave dans ces maladies. Dans les entorses également, elle accroît l'irritation et les accidens qui en sont la suite, et détermine ou concourt à déterminer et à entretenir dans la partie une inflammation chronique qui altère peu à peu les tissus, et transforme par fois une affection de peu d'importance à son principe, en une affection beaucoup plus dangereuse, en une tumeur blanche. Dans les tumeurs blanches et dans tous les engorgemens blancs ou chroniques, elle augmente la maladie, en précipite la marche, et neutralise les résultats que l'art pourrait obtenir d'une médication bien entendue d'ailleurs. On a coutume d'attribuer uniquement les funestes progrès des tumeurs blanches, dans un certain nombre de cas, aux mouvemens que les malades font sans cesse exécuter aux parties affectées. C'est une vérité que l'on a exagérée, car on voit et nous avons vu nous-mêmes des coxalgies à un degré assez avancé guérir, quoique les malades se livrassent tous les jours à un exercice modéré. Ce principe, pour être juste, devra donc être restreint dans des limites plus précises, mais que l'expérience et l'observation seules pourront préciser. Et, au total, s'il n'est pas douteux que, dans beaucoup de cas, les phlegmasies des articulations puissent être aggravées par les mouvemens, quand je réfléchis aux avantages que l'on retire de la position horizontale ou ascendante du pied dans les entorses, il ne me paraît pas douteux non plus que la pesanteur agisse sur ces maladies ; et peut-être assez souvent est-elle en grande partie la cause des fâcheux résultats que l'on attribue aux mouvemens.

Il est un autre ordre de faits dont nous n'avons rien dit encore, et que nous devons actuellement mentionner : ce sont les congestions séreuses qui résultent habituellement des maladies du cœur ou de quelques autres affections qui

troublent également la circulation. Dans les anasarques, pour ne pas parler des œdèmes et des épanchemens partiels qui proviennent d'une semblable origine, dans les anasarques, la sérosité séjourne dans le tissu cellulaire et s'y accumule, parce que le système veineux est engorgé de sang. L'épanchement ne se fait pas indistinctement, et ce n'est pas seulement à cause de la perméabilité du tissu cellulaire que la sérosité, filtrant à travers ses aréoles, s'amasse plus abondamment dans les parties les plus déclives; c'est surtout parce que là aussi existe un engorgement plus considérable dans les veines et dans le système capillaire, sous l'influence de la pesanteur. Par suite encore de l'influence de la pesanteur sur le cours du sang dans ces affections, les malades ne peuvent reposer dans une situation horizontale, et sont obligés de se placer presque verticalement assis dans leur lit. Il y a d'autres causes qui s'ajoutent parfois à celle-là, pour rendre impossible le décubitus; mais il n'est pas de notre sujet de les indiquer.

En résumé, l'influence de la pesanteur sur les liquides en circulation dans nos vaisseaux, suffit pour déterminer des congestions sanguines et séreuses, toujours graves et quelquefois funestes; elle suffit pour produire des inflammations et tous les accidens qui en sont la suite, ulcères, abcès, gangrènes partielles, dégénérations des tissus, etc.; elle donne lieu aux varices, à toutes les altérations qui les accompagnent, et peut-être, en certains cas, à la formation d'une sorte de tissu spongieux; peut-être aussi n'est elle pas étrangère à l'ossification des artères, qui se montre souvent aux membres inférieurs, et à la production des gangrènes séniles. Quand elle continue d'agir sur les organes qu'elle a rendus malades, ou qu'elle porte son action sur des organes devenus malades par d'autres causes, constamment elle augmente les accidens qu'elle a produits, constamment elle aggrave les autres affections quand celles-ci peuvent être aggravées par la congestion sanguine, qu'elle

tient, pour ainsi dire, en ses mains; partout où elle trouve à sa portée un principe d'irritation, elle le stimule, elle le féconde malheureusement, et lui fait produire de funestes fruits.

Les cas où nous l'avons présentée agissant toute seule ne laissent aucun doute sur la concurrence de son action quand elle est réunie à d'autres causes. Mais on trouve de nouvelles preuves de sa puissance dans les faits qui montrent que l'on peut guérir, en neutralisant son influence, les maladies qu'elle a produites, quand elles ne sont pas parvenues à un degré trop avancé; dans ceux qui montrent qu'elle déplace parfois brusquement ou lentement des inflammations aiguës et intenses, comme des ophthalmies et des érysipèles; et dans les faits, en petit nombre encore, qui montrent que l'on peut en obtenir de bons effets dans des maladies étrangères, en la faisant agir en sens inverse de l'irritation qui appelle la congestion sur un point de l'économie. L'influence de la pesanteur n'est donc pas de nulle valeur et ne mérite pas l'oubli dans lequel on l'a laissée jusqu'ici. Elle a en effet une grande importance pour l'hygiène et pour la pathologie, puisqu'elle produit directement ou indirectement, seule ou compliquée avec d'autres causes, un bon nombre de maladies, puisqu'elle en modifie ou qu'elle aggrave un grand nombre d'autres; et les faits déjà connus permettent d'espérer qu'elle n'aura pas moins d'importance pour la thérapeutique, comme on pourra le voir dans le reste de cet article.

Conséquences pratiques et déductions thérapeutiques. — Dans toutes les affections, médicales ou chirurgiales, la physiologie doit, autant que possible, servir de guide et de flambeau à la thérapeutique. Si ce principe a été exagéré et faussé par des médecins qui ne voyaient dans la pathologie qu'un seul phénomène, dans la thérapeutique qu'un seul agent, en quelque sorte, il n'en doit pas moins rester la base de toute thérapeutique raisonnée et raison-

nable. Est-ce à dire que l'empirisme ne soit plus rien en médecine, et que ses prescriptions, consacrées par le temps, doivent être rejetés avec mépris? est-ce à dire que l'on ne doive plus rien employer de tout ce que la raison ne saurait expliquer? non, sans doute. Car ceux qui crient le plus fort contre l'empirisme, sont les premiers à faire de l'empirisme; car l'empirisme est dans toutes les sciences de faits, dans la physiologie comme dans la médecine proprement dite; car la physiologie a pour but de recueillir et d'étudier les phénomènes, ainsi que les causes qui les produisent, les influences qui les modifient, et d'en donner l'explication, seulement alors que possible. Et quand la médication se fonde sur des faits bien observés, bien positifs, quoique non expliqués, en un mot, sur un empirisme bien rationel, elle est complètement physiologique. Mais ce n'est pas à dire non plus qu'il faille, journaliste de la nature, se borner à recueillir des faits, sans chercher à s'en rendre compte, à les pénétrer dans tout ce qu'ils ont de pénétrable. C'est, en effet, en les étudiant sous tous leurs aspects, non-seulement dans leurs caractères intimes, mais dans leurs caractères relatifs, dans les influences par lesquelles ils sont gouvernés, dans leurs réactions diverses et dans les influences par lesquelles à leur tour ils agissent sur ce qui les environne; c'est ainsi que l'on peut parvenir à en tirer des déductions positives, souvent fondées sur l'empirisme, mais qui n'en sont pas moins rigoureuses dans leur application, pas moins physiologiques dans leur nature, et importantes dans leurs résultats.

Ainsi, la plupart des faits que nous avons exposés ne sont que des données de l'empirisme, et ils étaient restés jusqu'ici presque sans application dans la science, parce qu'ils étaient isolés; ils restaient isolés, parce qu'ils n'étaient pas compris; ils n'étaient pas compris parce qu'ils n'étaient pas analysés. Il fallait les réunir par le lien commun de l'analogie de leur cause et de l'analogie de leur nature, pour

en appercevoir toutes les conséquences, et pour pouvoir arriver à des déductions utiles. Partant de ces faits considérés dans leur ensemble, et remarquant combien était grande l'influence de la pesanteur, remarquant que des inflammations et même d'autres maladies, comme les névralgies, étaient diminuées par l'élévation des parties souffrantes, quoique cette position ne fût ni continuée avec persévérance, ni raisounée dans son emploi, ni calculée dans ses effets, mon frère pensa que beaucoup de maladies, surtout les engorgemens, les inflammations et toutes les affections qui se compliquent de celles-là, seraient favorablement influencées par une situation convenable. Il pensa qu'en soumettant les parties affectées à une élévation plus ou moins considérable, de manière à gêner l'afflux du sang, à favoriser son retour, et par conséquent à combattre, par l'action continuelle de la pesanteur, l'engorgement qui se fait dans le point lésé, on obtiendrait peut-être des effets thérapeutiques importans. L'expérience seule, d'ailleurs, pouvait prononcer sur l'utilité de ce moyen, et faire connaître si cette donnée physiologique, déduction rationnelle et rigoureuse des faits observés, recevrait de la pratique une sanction indispensable à son introduction dans la science.

C'est dans son service, à l'hôpital Saint-Louis, que mon frère établit ses expérimentations. Une première série d'expériences fut faite vers la fin de l'hiver dernier, sur le traitement des ulcères; et le résultat en a été indiqué il y a quelques mois, dans l'article *Attitude* du nouveau *Dictionnaire de médecine* en 25 volumes. Divers malades furent soumis aux différens modes principaux de traitement de cette maladie, et chaque méthode fut employée seule et diversement combinée, afin de bien constater l'influence de chacun de ces moyens. Mon frère en publiera plus tard les résultats avec détails, pour le moment je me bornerai à les résumer. Par suite de l'élévation du membre inférieur sur un plan incliné ascendant, l'ulcère restant à nu pâlit,

sécrète moins de pus, se couvre d'une croûte sous laquelle la cicatrisation marche plus ou moins rapidement. Un pansement simple, au moyen du cérat et de la charpie, et des cataplasmes émolliens pendant quelques jours d'abord, si l'ulcère est enflammé, le guérit plus rapidement lorsqu'on employe en même temps l'élévation du membre, que si l'on n'avait pas recours à ce dernier moyen. Mais la même élévation, réunie à un pansement par les bandelettes agglutinatives, le guérit plus vite encore. C'est par la combinaison de l'élévation, des agglutinatifs et du repos, que l'on obtient la cicatrisation la plus prompte. Il y a en effet alors, comme élémens de succès, l'action excitante du diachylon sur ces plaies chroniquement enflammées, et l'action de la pesanteur qui dégorge le membre et ramène les tissus à l'état normal. Et l'on a pu se convaincre que cette méthode amenait, en assez peu de temps, la guérison d'ulcères fort étendus et de très-mauvaise nature, qui n'eussent peut-être jamais cédé aux procédés ordinaires. Evidemment déjà l'élévation, dans ces cas, produisit de bons effets. Mais il faudra encore de nouvelles expériences et des faits plus nombreux, pour bien établir toute l'étendue de la puissance de ce moyen.

D'autres affections furent traitées de la même manière, et avec un remarquable succès. Chez un malade qui présentait une forte contusion du bras avec gonflement considérable, le membre suspendu dans l'élévation, sur un plan incliné ascendant, diminua d'un pouce en circonférence du jour au lendemain, et la guérison fut rapide. Chez un autre, qui se trouvait dans un cas semblable, et dont le bras offrait une large ecchymose, on obtint, par le même mode de traitement, une diminution d'un pouce en quelques heures, d'un pouce et demi en vingt-quatre heures, et une notable diminution dans la couleur de l'épanchement sanguin.

Un malade qui portait au membre supérieur un engorgement rhumatismal chronique, contre lequel avaient échoué

150 sangsues, des cataplasmes, des douches, etc., vit son membre diminuer d'un pouce et demi dans la journée, par la seule influence d'une situation semblable, et l'engorgement disparut bientôt. On s'en est très-bien trouvé aussi dans un cas de phlegmon de la main, dans des ophthalmies rebelles et dans plusieurs autres cas que nous ne citerons point; car nous ne voulons ici qu'appeler l'attention des praticiens sur ce sujet. Nous nous bornerons à dire, en général, que l'on a obtenu aussi de bons effets de cette méthode dans les céphalalgies, dans les otites, les angines, les phlegmons latéraux de la tête et ceux du cou.

Persuadé que cette méthode conduira à des avantages réels et importans dans la pratique, mon frère s'occupe de faire construire des appareils mécaniques, au moyen desquels on puisse davantage encore en régulariser l'emploi, et l'appliquer à un plus grand nombre de maladies, par exemple aux fractures compliquées, aux tumeurs blanches, etc.

Est-ce à dire que l'auteur de cette innovation thérapeutique prétende guérir par ce moyen toutes les maladies? sûrement non; il veut seulement introduire dans la pratique un moyen assez puissant de dérivation, qui pourra être employé dans une foule de cas, qui sera toujours du moins un utile auxiliaire, et qui pourra, d'ailleurs, par lui-même, amener la guérison de plusieurs maladies. Toutes les fois qu'un traitement anti-phlogistique sera utile, on devra, autant que possible, y joindre l'influence d'une situation qui favorise le retour à l'état normal des fonctions. Si les évacuations sanguines enlèvent à l'inflammation l'aliment dont elle se nourrit; si, en désemplissant le système circulatoire, les saignées tendent à retirer le sang de la partie affectée, elles n'agissent point encore aussi favorablement et aussi localement que la position élevée de cette partie, pour dégorger le système capillaire et activer sa circulation. Car si les sangsues elles-mêmes absorbent directement le sang

de ce système, elles y en appellent d'autre, tandis que l'influence de la pesanteur dans une situation convenable, en même temps qu'elle vide les vaisseaux engorgés, empêche l'accumulation du fluide qui pourrait les engorger de nouveau.

Par un traitement convenable, et dirigé suivant les mêmes indications, les mêmes données physiologiques, on peut espérer, sinon de guérir les varices, au moins de les diminuer et de les améliorer. Peut-être même, quelque imparfait que soit ce moyen pour combattre l'influence de la pesanteur, doit-on attendre de l'usage long-temps continué d'un suspensoir, dans les varices du scrotum et du cordon testiculaire, autre chose que de calmer les douleurs des malades. Je puis ajouter, à l'appui de cette opinion, un fait qui m'est personnel. Affecté d'un cirsocèle qui m'a occasionné de graves incommodités pendant deux ou trois ans, et qui me rendait une marche un peu longue impossible dans les temps chauds, par les douleurs intolérables qu'elle déterminait, j'ai pu voir, après l'emploi persévérant d'un suspensoir durant plus d'une année, l'engorgement variqueux du cordon diminuer, les douleurs disparaître, et la maladie s'améliorer au point que je n'en éprouve plus aucun inconvénient, et que je n'ai plus besoin de recourir aux mêmes précautions.

D'après les faits observés, d'après les succès déjà obtenus, il est permis de croire que l'élévation méthodique des membres pourra offrir de grands avantages contre beaucoup d'engorgemens chroniques souvent très-rebelles, et même contre ces engorgemens blancs des articulations qui font le désespoir des praticiens. Dans les tumeurs blanches, en effet, les saignées locales, qui souvent produisent de fort bons effets immédiats, souvent aussi sont la source de dangers consécutifs, par l'affaiblissement qu'elles déterminent, et qui, prédisposant l'organisme à toutes sortes de maladies, le met hors d'état de résister aux moindres accidens. Si

donc on peut, dans ces affections, remplacer les évacuations sanguines par un moyen qui, sans affaiblir l'économie, produise un dégorgement local très-favorable, et peut-être plus considérable encore que celui qu'on obtient par les sangsues, ce sera sans doute un avantage réel et important. Mais nous ne doutons pas non plus que, dans ces fractures compliquées qui donnent fréquemment lieu à de si graves inflammations, l'on ne doive obtenir de bons effets de la position ascendante des membres, alors que, par des appareils convenables, on saura réunir à l'élévation de la partie lésée, l'indispensable immobilité. Il doit être bien entendu d'ailleurs, que ce mode de traitement n'exclut pas les autres moyens, dont il appelle au contraire la combinaison, parce qu'il favorise leur action. Il peut même être souvent nécessaire de combiner cette méthode avec d'autres moyens. Dans un cas d'éléphantiasis, mon frère a employé en même temps l'élévation du membre et la compression : déjà une très-grande diminution a été obtenue, et il est permis d'espérer que l'on obtiendra encore au moins de l'amélioration. Ainsi cette combinaison pourra être fort utile dans beaucoup d'engorgemens blancs. Dans les inflammations aiguës il faudra réunir à l'élévation de la partie l'emploi des antiphlogistiques.

En résumé, l'influence de la pesanteur, dirigée par l'art contre les maladies que, jusqu'ici, elle n'avait su que produire, nous paraît devoir offrir une précieuse ressource, tantôt comme moyen principal, plus souvent comme auxiliaire, dans toutes les affections accessibles à son action, qui participent plus ou moins de la nature de la phlegmasie, et dans toutes celles qui se compliquent d'un afflux sanguin ou d'une congestion quelconque. Si le petit nombre de faits que nous possèdons sur ce sujet ne nous permet pas d'en tirer une conclusion plus affirmative, leur caractère, au moins, nous inspire d'assez grandes espérances. Plusieurs, en effet, sont fort remarquables; et ce ne sont

pas d'ailleurs de ces accidens que le hasard fournit quelquefois; ils sont la manifestation d'une loi physiologique bien positive, et qui nous semble donner aux succès obtenus beaucoup de valeur. C'est, en un mot, une médication tout physiologique. Aussi, pensons-nous que ces faits seront favorablement accueillis, dans un moment comme celui-ci surtout, où les esprits revenus en partie de cette fureur d'anatomie pathologique qui a, pendant quelque temps, tourmenté la science, paraissent se reporter avec une égale énergie vers les recherches thérapeutiques, auxquelles le hasard même parfois semble trop présider.

MÉDECINE ÉTRANGÈRE.

Du diagnostic et du mécanisme de l'accouchement naturel. Extrait de la dernière édition du Traité d'accouchmens, de M. le professeur Nægelé de Heidelberg; traduit de l'allemand, par M. A. Bazin de Basseneville, *D. M. P., membre de la Société médicale d'observation* (1).

1° *Diagnostic et mécanisme de l'accouchement avec présentation du vertex.* — § 1. Vers la fin de la grossesse,

---

(1) Bien que sous une autre forme et dans un ordre différent, les idées contenues dans l'extrait suivant aient déjà été en partie, publiées dans le *Journal complémentaire du Dict. des Sciences méd.*, tome IX, p. 32 et 116, année 1821; cependant, soit que les accoucheurs dont elles contrariaient la théorie, aient négligé de les vérifier, soit à cause d'une indifférence trop commune parmi nous, pour ce qui ne vient point de notre littérature, on peut assurer que les idées de M. le professeur Nægelé, sont restées à-peu-près ignorées de la plupart des accoucheurs français, et que ceux qui en ont pris connaissance et les ont publiées, les ont tronquées et conséquemment dénaturées, et presque toujours sans nommer l'auteur.

Dans le premier mémoire, le savant accoucheur a décrit le mécanisme de l'accouchement naturel, dans les positions du vertex et de la

ou au commencement de l'accouchement, on reconnaît aux signes suivans, que l'enfant est bien placé, c'est-à-dire qu'il est situé longitudinalement dans l'utérus, 1° si le ventre est arrondi en pointe, s'il est également distendu, s'il n'est point extraordinairement volumineux latéralement; s'il ne présente point d'inégalités, c'est-à-dire, ni éminences ni enfoncemens; 2° si la femme ne sent les mouvemens de l'enfant que d'un côté, soit à droite, soit

---

face; il y prouve que la cause de l'erreur dans laquelle les accoucheurs avaient été et étaient encore à l'égard de plusieurs des phénomènes de l'accouchement, venait de ce qu'ils avaient ignoré ce mécanisme. Il résulte de la lecture de ce premier mémoire et de celle du suivant, dans lequel M. le professeur Nægelé expose d'une manière succincte, méthodique et claire, le diagnostic des différentes positions de la tête, et le mécanisme au moyen duquel la parturition dans chacune d'elles a lieu, et où l'on trouve ce dont il n'était nullement question dans le mémoire publié en 1821, le diagnostic et le mécanisme des présentations du siége et des pieds (ce qui complète l'histoire de l'accouchement naturel); il résulte, dis-je, de la lecture de ces deux mémoires, 1.° que de tous les accoucheurs le professeur Nægelé est le premier qui ait véritablement simplifié les positions ordinaires du crâne, et enseigné que le vertex ne se présente pas parallèlement au détroit abdominal (ainsi que l'ont prétendu Solayrès, Baudelocque, Math. Saxtorph et leurs partisans), mais que la partie la plus déclive est un des pariétaux et non le vertex; et que quand la tête est descendue dans la cavité pelvienne, son diamètre occipito-frontal n'est point parallèle au diamètre antéro-postérieur. 2.° Qu'il a le mérite d'avoir le premier réduit toutes les positions de la face généralement admises, à deux, savoir: la position fronto-iliaque gauche et la position fronto-iliaque droite, et d'avoir démontré que la première est plus fréquente que la seconde. 3.° Qu'il a encore le premier enseigné que dans les positions ordinaires, la face ne se présente point parallèlement au détroit supérieur, mais bien par une de ses moitiés latérales, et que quand la tête s'engage par la face, dans l'excavation pelvienne, le menton est toujours tourné ou vers le trou sous-pubien droit ou vers le gauche.

D'après ces considérations, et sûr que nulle part la théorie du savant professeur de Heidelberg ne se trouve présentée d'une manière complète, nous avons pensé que ceux qui s'occupent de cette branche si importante de notre art, nous sauraient quelque gré de leur en avoir facilité l'étude.

à gauche ; et 3° si, par une exploration interne, on rencontre un corps volumineux, sphéroïdal et saillant.

On reconnaît que la partie par laquelle l'enfant se présente est la tête ou plutôt le vertex, parce que, dans ce cas, l'on doit sentir un corps saillant, à convexité égale, et dur. La direction des sutures et la situation des fontanelles font reconnaître à quelle position du vertex l'on a affaire. Les circonstances qui rendent cette distinction difficile sont : la situation trop élevée de la tête, sa mobilité, une grande quantité d'eau entre la tête et les membranes, la tension continue de celles-ci, même en l'absence des douleurs, la tuméfaction du cuir-chevelu, le peu de résistance des os du crâne que l'on sent quelquefois comme du parchemin, ou bien encore la structure défectueuse de ces mêmes os, des sutures surnuméraires, soit-disant fausses, etc., etc.

§ 2. L'enfant présente le vertex au détroit supérieur, ordinairement de deux manières, savoir :

1° Le pariétal droit (comme étant la partie la plus déclive) en avant, la petite fontanelle dirigée à gauche et plus ou moins en avant ;

2° Le pariétal gauche en avant, la petite fontanelle dans une direction analogue, mais opposée à la précédente, c'est-à-dire, à droite et plus ou moins en arrière.

§ 3. Sous le rapport de la fréquence, la première de ces deux positions l'emporte sur la seconde. Il résulte d'un calcul fait d'après un grand nombre d'accouchemens, que, sur cent cas où l'enfant s'était présenté par la tête, il s'est trouvé, terme moyen, soixante et dix fois dans la première position, et trente fois dans la seconde. C'est pourquoi nous nommerons la première de ces positions, première position du vertex, et la seconde, deuxième position du vertex.

§ 4. Les autres positions du vertex, celles, par exemple, où la tête se place suivant la direction du diamètre transverse, antéro-postérieur, ou dans une position oblique,

avec la petite fontanelle dirigée à gauche et en arrière, se rencontrent très rarement comme positions primitives ; si, du reste, la conformation du bassin, le volume de l'enfant, etc., sont ordinaires : mais il est infiniment plus rare de rencontrer la petite fontanelle à droite et en avant.

Nous nommons par conséquent, les deux positions du vertex qui sont, sans comparaison, les plus fréquentes de toutes, *positions ordinaires du vertex ou de la tête ;* et toutes les autres au contraire, *positions extraordinaires du vertex ou de la tête ;* sous laquelle dénomination nous comprenons pareillement les positions de la face.

A. Accouchement par la première position du vertex. — § 5. Si l'on touche dès le commencement du travail, lorsque le col n'est encore assez dilaté que pour permettre l'introduction du doigt, alors le bout de ce même doigt rencontre une suture qui coupe transversalement l'orifice utérin, ou qui passe tranversalement derrière. C'est la suture sagittale ; et le point que touche le doigt, en est à peu près le milieu. Si l'on porte le bout du doigt à gauche, en le laissant glisser le long de cette suture, on arrive à un endroit où elle se divise également en deux branches, parce qu'elle rencontre deux autres sutures. Ces dernières sont les deux branches de la suture lambdoïde, et l'endroit où elles rencontrent la suture sagittale est la petite fontanelle. Si l'on écarte le doigt du point de la suture sagittale qui correspond à l'orifice utérin, en le dirigeant le long de cette même suture, mais dans une direction opposée à la précédente, on arrive ainsi, à un espace libre de substance osseuse, où quatre sutures aboutissent, c'est la grande fontanelle ou fontanelle antérieure. Si l'on éloigne le doigt de ce même point de la suture, pourvu toutefois que le col soit assez dilaté et assez souple pour cela, et qu'on le porte directement en avant, il rencontre une saillie conoïde : c'est la bosse pariétale droite. Si la lèvre antérieure du col ne permet pas de porter le doigt si loin en avant, on pourra en-

core, reconnaître la bosse pariétale à travers la section inférieure de la paroi de l'utérus.

Telle est la situation de la tête au début de l'accouchement dans la première position : le sommet en est tourné vers le sacrum, de manière que, selon que la tête est plus ou moins profondément située, la partie moyenne de la suture sagittale se trouve opposée au corps de la première ou de la seconde vertèbre sacrée, la petite fontanelle est dirigée à gauche et un peu en avant, la fontanelle antérieure à droite, et un peu en arrière, le pariétal droit est la partie le plus profondément située et sa bosse se trouve à peu près au centre du bassin. La tête se place dans une direction transversale et un peu oblique au détroit supérieur lors de l'accouchement.

§ 6. A une période plus avancée du travail, c'est-à-dire au moment où la tête franchit le détroit supérieur et s'enfonce peu à peu dans la cavité pelvienne, les deux fontanelles restent quelquefois à la même hauteur respective; parfois c'est la fontanelle antérieure qui s'enfonce davantage; mais le plus ordinairement, c'est la petite fontanelle qui, à mesure que la tête descend, s'enfonce un peu plus rapidement que la grande.

Si la tête a passé le détroit supérieur, en lui présentant sa plus grande circonférence, ce qu'elle fait en général, et qu'elle s'approche du fond de la cavité pelvienne, les deux fontanelles se trouvent alors ordinairement à une hauteur égale, la fontanelle postérieure tournée vers le trou souspubien gauche, et l'antérieure vers l'échancrure sacro-sciatique. Le diamètre antéro-postérieur se trouve parallèle au diamètre oblique droit de la cavité pelvienne.

§ 7. Si, vers la fin de la troisième période du travail, la tête est poussée par des douleurs continuelles vers le périnée et vers la vulve, et qu'elle commence à pousser le premier en bas et à distendre celle-ci, de sorte que pendant la douleur elle commence à se montrer entre les

grandes lèvres, alors le quart supérieur et postérieur du pariétal droit est tourné vers la vulve; et l'on peut sentir la branche gauche de la suture lambdoïde parallèle à la branche descendante gauche du pubis. Le quart supérieur et postérieur du pariétal droit est la région du crâne par laquelle la tête s'engage; et elle conserve cette direction oblique à mesure qu'elle s'engage de plus en plus, c'est-à-dire à mesure qu'elle fait une saillie de plus en plus considérable entre les grandes lèvres. Quand elle est sur le point de franchir celles-ci, on trouve, pourvu que la marche de l'accouchement ne soit pas trop rapide, et que l'on cherche avec assez d'attention, la fontanelle postérieure généralement dirigée encore un peu à gauche. Si, à cette époque, l'on fait une exploration attentive, on trouve que la branche droite de la suture lambdoïde est située plus haut, ou en d'autres termes, qu'elle est plus près du sommet de l'arcade du pubis que la gauche.

Dès que la tête, qui se présente par sa plus grande circonférence, a franchi les parties génitales externes, le périnée distendu et bombé en dehors glisse rapidement sur le visage de l'enfant, et la tête se relève en tournant sur son axe bi-pariétal.

Aussitôt que la tête est libre des obstacles qu'en franchissant la vulve lui opposent les parties molles de la génération, elle reprend sa position oblique, si même elle ne l'a déjà reprise en sortant; c'est-à-dire, que le visage se tourne vers la région interne de la cuisse droite de la mère.

§. 8. Au moment où la tête s'engage, les épaules se placent dans la direction du diamètre gauche du détroit supérieur, et à mesure que la tête s'avance, et lorsqu'elle franchit au-dehors, elles s'enfoncent dans la cavité pelvienne dans cette même position oblique, qu'elles conservent jusqu'à ce qu'elles aient franchi au-dehors, de manière qu'au moment où elles s'engagent on trouve l'épaule droite tournée vers la branche droite du pubis, et la gauche vers le ligament sacro-ischiatique gauche. Après une ou

deux douleurs, les épaules ainsi placées obliquement s'engagent et franchissent au-dehors; l'épaule placée en avant et à droite se montre la première, puis l'autre épaule; enfin le reste du corps de l'enfant suit plus ou moins rapidement, les hanches également situées dans une direction oblique. En général, l'épaule vient occuper sous l'arcade du pubis la place qu'occupait auparavant le pariétal auquel elle correspond.

§. 9. Lorsque les eaux se sont peu-à-peu et prématurément écoulées, le col utérin ne présentant encore qu'une dilatation à peine capable d'admettre le bout du doigt; ou lorsqu'il ne se trouve point d'eau entre la tête et les membranes de l'œuf, et que la section inférieure de l'utérus s'applique étroitement contre la tête, il se fait, sur la portion du crâne qui correspond à l'orifice utérin et qui se trouve à-peu-près à égale distance des deux fontanelles, un gonflement du cuir-chevelu, à travers lequel on ne peut plus sentir la suture sagittale, mais on peut la sentir en avant et en arrière de cette tumeur, et le bout du doigt peut la suivre jusqu'à l'une ou l'autre, ou jusqu'aux deux fontanelles. Ce gonflement, qui s'observe assez fréquemment chez les primipares, se dissipe pendant la suite du travail.

Tandis que la tête s'enfonce peu-à-peu dans la cavité pelvienne, si elle séjourne assez long-temps dans la position où elle se trouve vers la fin de la troisième période ou vers le commencement de la quatrième; ou bien, généralement parlant, lorsque la marche du travail n'est point trop rapide, c'est-à-dire lorsqu'elle est ordinaire, il se forme quelquefois une tumeur sur le quart supérieur et postérieur du pariétal droit, dont la base est arrondie: c'est ce que l'on appelle la tumeur du cuir-chevelu, ou le soi-disant *caput succedaneum*, avec lequel l'enfant vient au monde. Ce gonflement se borne entièrement aux parties sus-mentionnées. Il n'est point douteux que, si l'on touche vers la fin de la troisième période du travail ou vers le com-

mencement de la quatrième, après que la douleur et avec elle la tension ont cessé, on ne puisse sentir la branche droite de la suture lambdoïde, la partie postérieure de la suture sagittale et la petite fontanelle, pourvu toutefois que la tuméfaction ne s'étende point jusqu'à ces parties.

Si la tête s'engage et franchit au-dehors un peu plus rapidement qu'à l'ordinaire, le gonflement alors reste entièrement limité au quart supérieur et postérieur du pariétal, et ne s'étend point au-delà des sutures lambdoïde et sagittale et de la fontanelle postérieure, et immédiatement après la naissance on ne trouve aucun gonflement du cuir-chevelu sur ces différentes parties. Mais si la tête s'engage lentement, et que sa marche continue d'être lente jusqu'à ce qu'elle ait franchi au-dehors, la circonférence de la base de la tumeur augmente, et s'étend en général à une petite distance au-delà des sutures lambdoïde et sagittale et de la petite fontanelle.

Il est aussi évident et aussi palpable qu'il existe un rapport immédiat entre la tumeur du cuir chevelu observée sur le quart supérieur et postérieur de pariétal et son siége, qu'il l'est que la tête conserve une position oblique dans la cavité du bassin et lorsqu'elle s'engage.

§ 10. Les femmes enceintes, ainsi qu'il a été dit (§ 1), sentent remuer leur enfant plus fortement d'un côté que de l'autre, ou même ne sentent de mouvemens que d'un seul côté; la plupart sentent remuer à droite, un grand nombre à gauche. Ordinairement elles continuent de sentir remuer du même côté depuis le moment où elles éprouvent les premiers mouvemens (c'est-à-dire depuis le milieu de la grossesse) jusqu'au terme de l'accouchement. Cela varie chez quelques femmes. Ainsi, par exemple, il arrive quelquefois que des femmes qui ont constamment senti remuer à droite, éprouvent, trois à quatre semaines avant l'accouchement, ou pendant quelques jours, ou même pendant un temps beaucoup plus court, des mouvemens exclusivement du côté gauche et *vice versâ*.

Pour la mère, cette sensation est évidemment le résultat des mouvemens de l'enfant, des pressions variées que, au moyen du mouvement de ses membres, c'est-à-dire de ses mains, de ses coudes, etc., il exerce contre la surface interne de l'utérus; ce qui naturellement ne peut avoir lieu que dans la région de la matrice opposée à la surface antérieure de l'enfant.

Si une femme éprouve constamment, ou même seulement pendant un court espace de temps avant l'accouchement, des mouvemens du côté droit, l'on peut, si l'on s'est assuré que c'est une présentation du vertex, mais que l'on ignore laquelle, présumer avec assez de certitude que c'est la première position. Les mouvemens sentis à gauche au commencement du travail parlent pour la seconde position du vertex.

Remarque. Lorsque l'on interroge les femmes enceintes pour savoir de quel côté de l'abdomen elles éprouvent le plus souvent et avec plus de force des mouvemens, il faut être très-circonspect, et se garder, soit d'être mal compris, soit de mal interpréter leur réponse; car c'est le cas où une méprise peut facilement se faire. Ainsi, par exemple, plusieurs femmes interprètent la question qu'on leur adresse, comme si on voulait savoir dans quel endroit elles ressentent avec plus de force et le plus constamment la pression du fœtus, et nomment alors le côté opposé à celui où elles sentent le plus souvent les mouvemens de l'enfant.

b. *Accouchement par la seconde position du vertex.* — §. 11. Dans cette position, comme dans la précédente, la situation primitive de la tête est également oblique, avec cette différence cependant que les fontanelles ont une direction opposée; c'est-à-dire, que la fontanelle antérieure occupe la place que la fontanelle postérieure occupait dans la première position, et que le pariétal gauche est la partie la plus déclive.

§. 12. A une période plus avancée du travail, c'est-à-dire, lorsque la tête franchit le détroit supérieur et s'enfonce peu-à-peu dans la cavité pelvienne, les deux fontanelles conservent la même hauteur respective; quelquefois la grande fontanelle, mais plus souvent la petite, se trouve située un peu plus bas, et le diamètre antéro-postérieur de la tête demeure toujours parallèle au diamètre oblique droit du détroit supérieur et de la cavité pelvienne. Quand la tête est descendue dans le bassin, et qu'elle commence à éprouver la résistance que lui opposent en général les plans inclinés formés par la moitié inférieure du sacrum, par le coccix, les ligamens sacro-sciatiques, alors (quelquefois un peu plus tôt), le mouvement de rotation suivant a lieu. Le diamètre antéro-postérieur de la tête s'éloigne peu-à-peu du diamètre oblique droit du bassin, pour venir se placer parallèlement à son diamètre transverse ou bis-iliaque, d'où il s'éloigne également par degrés jusqu'à ce qu'il soit devenu parallèle au diamètre oblique gauche du bassin.

Ainsi qu'il vient d'être dit, ce mouvement s'exécute peu-à-peu, et par un mouvement de va-et-vient, suivant la direction d'une lente spirale. Si l'on touche après une douleur et que la petite fontanelle soit encore dirigée à droite et en arrière, on la trouve dans la position suivante: si l'on touche pendant la douleur prochaine, pourvu toutefois que les contractions soient à leur summum d'intensité, elle est complètement située à droite, c'est-à-dire vers la branche descendante de l'ischion droit; et à mesure que la douleur cesse, elle revient peu-à-peu à l'endroit qu'elle occupait auparavant. Si l'on réitère ces explorations pendant et en l'absence de la douleur, ou bien si le doigt demeure en contact avec la tête, on observe ce qui suit: la fontanelle postérieure qui, en l'absence de la douleur, est complètement tournée à droite, se tourne, pendant la douleur, en avant et vers le trou sous-pubien, d'où elle s'éloigne de nouveau à mesure que la douleur cesse; ou bien,

de même que la tête, selon la direction de son diamètre antéro-postérieur, s'éloigne et se rapproche alternativement et par degrés des diamètres transverse et oblique gauche du bassin, jusqu'à ce que vers la fin de la troisième période du travail elle reste dans une position oblique, de même la petite fontanelle suit ces mouvemens alternatifs, jusqu'à ce qu'enfin elle demeure fixée vis-à-vis du trou sous-pubien.

Ces mouvemens de rotation ou de va-et-vient de la tête, exécutés par la nature comme par manière d'essai, s'observent dans les accouchemens dont la marche n'est point trop rapide, souvent dans ceux dont la marche est lente, et aussi bien chez les femmes qui ont déjà eu des enfans que chez les primipares, bien que, généralement parlant, ils se rencontrent beaucoup plus fréquemment chez les dernières.

§. 13. Vers la troisième période de l'accouchement, la tête, dans la première position du vertex, se présente à la vulve par le quart supérieur et postérieur du pariétal droit, etc., tandis que dans la seconde position c'est le quart supérieur et postérieur du pariétal gauche qui est tourné vers la vulve, et par lequel la tête vient à s'engager. La tête conserve cette direction oblique, c'est-à-dire que la fontanelle postérieure est encore un peu dirigée à droite, à une période où elle fait une saillie plus considérable à la vulve, et même après avoir franchi au dehors, de sorte que la face se trouve tournée vers le côté interne et postérieur de la cuisse gauche de la mère.

Dans ce cas, comme dans le précédent, les épaules se présentent obliquement au détroit supérieur, s'engagent et franchissent au-dehors dans cette direction ; seulement l'épaule gauche, qui est située en avant et à gauche, se montre la première au-dehors, et est suivie plus ou moins promptement par l'autre qui nécessairement se trouve dans une direction opposée, et par le reste du corps de l'enfant.

§. 14. Les accouchemens par la seconde position du vertex se font aussi facilement que ceux qui ont lieu par la première ; et il est tout-à-fait indifférent et pour la mère et pour l'enfant que la tête se présente en première ou en seconde position. Aussi n'est-il pas nécessaire, pour que l'accouchement, par cette position, se termine par les seuls efforts de la nature, que les douleurs soient plus fortes, que la mère fasse de plus grands efforts, ni que les rapports respectifs entre le volume de l'enfant et la largeur du bassin soient plus favorables que par la première.

Remarque. La seconde position est aisément méconnue et confondue avec la première, et par les commençans, et encore plus aisément par ceux qui ont déjà vu beaucoup d'accouchemens, mais ignorent la marche de la tête à travers la cavité pelvienne, dans cette position. Voici en quoi consiste la principale cause de cette erreur. Il est vrai de dire que la première position est la plus fréquente, mais on la croit encore beaucoup plus fréquente qu'elle n'est réellement. Ainsi quand, au commencement de l'accouchement, on fait une exploration pour reconnaître la position de la tête, on a coutume de rechercher la petite fontanelle; parce que, en général, elle est plus facile à atteindre, et l'on glisse le doigt le long de la suture sagittale, en le dirigeant à gauche et en avant jusqu'au point où cette suture se divise. On rencontre ordinairement, en cet endroit, une suture qui part de la suture sagittale, et se porte en avant; puis, au-delà de cette suture, un os mobile facile à déprimer, ou qui même est déjà déprimé et partiellement recouvert par un autre os. L'une, si la tête se trouve réellement en première position, est la branche droite de la suture lambdoïde, et l'autre est l'occipital. Si l'on en reste là, on peut facilement être induit en erreur, et prendre la seconde position pour la première; car la suture qui part de la suture sagittale et se dirige en avant, pourrait bien être la branche gauche de la suture coronale, et l'os qui se laisse

facilement déprimer ou que recouvre un autre os, peut être le coronal droit. Pour prévenir cette erreur, il faut porter le doigt autour de l'endroit que l'on est sujet à prendre pour la fontanelle postérieure, afin de s'assurer si véritablement trois sutures y aboutissent; ou bien il faut, quand on ne peut porter le doigt assez haut pour cela, suivre la suture sagittale dans une direction opposée, et chercher l'autre fontanelle (c'est-à-dire, celle qui est située à droite et en arrière); si on ne prend ces précautions, rien n'est plus facile que de se tromper.

On conçoit également combien est facile l'erreur de croire que lors de l'accouchement la tête se place souvent de manière que la petite fontanelle se trouve dirigée en avant et à droite; tandis que, au contraire, cette position, comme position primitive, est la plus rare de toutes, tellement rare, que sur mille accouchemens on ne la rencontre pas une fois. En effet, si l'on ignore le mouvement de rotation que dans la seconde position la tête exécute en général, à mesure que le travail fait des progrès, et si l'on ne reconnaît la situation que lorsque la petite fontanelle, qui d'abord était située à droite et en arrière, s'est déjà tournée vers le trou sous-pubien, n'est-il pas alors naturel de penser que la tête a été primitivement placée dans cette position, c'est-à-dire, avec la petite fontanelle dirigée en avant et à droite? Mais si on croit cependant, dans un toucher antérieur, avoir réellement senti la petite fontanelle en avant et à gauche (tandis que c'était la fontanelle antérieure), alors on est d'autant plus disposé à se défier du résultat de ses premières explorations, et l'on penche d'autant plus à croire que l'on s'est trompé, que la détermination de la position de la tête, lorsque celle-ci est encore très-élevée et que le col n'est encore que peu dilaté, est une chose difficile, et que par conséquent une méprise est facile à commettre.

c. *De quelques anomalies dans la marche de l'enfant à travers le bassin, dans la présentation du vertex, et des*

positions extraordinaires du vertex. — §. 15. Le mécanisme de la marche du fœtus à travers le bassin, dans la présentation du vertex, présenté (§. 5-14), est celui que suit la nature dans le plus grand nombre des cas, et par cela même, celui qui doit être considéré comme normal. Quelquefois, mais seulement dans des circonstances rares, et que l'on peut expliquer au moyen d'une observation attentive, la nature s'écarte de cette règle, sans que du reste il en résulte aucun désavantage.

Ainsi, par exemple, la marche du travail dans la seconde position du vertex, dans quelques cas très-rares, s'éloigne de la règle en ce que la tête n'exécute point le mouvement de rotation décrit §. 12; que, au contraire, le front se trouve placé un peu plus en avant, de manière qu'au commencement de la quatrième période de l'accouchement, le coronal gauche est la région qui se trouve tournée vers la vulve, et par laquelle la tête s'engage et franchit au-dehors. Cette position, elle la conserve à mesure qu'elle s'avance de plus en plus entre les grandes lèvres. Dès que la tête est libre, le visage se tourne vers le côté interne et antérieur de la cuisse gauche de la mère. Les épaules se présentent ensuite au détroit supérieur également dans une position oblique; de manière que l'épaule gauche est tournée vers la branche descendante du pubis, et l'épaule droite vers le ligament sacro-ischiatique; et que, dès que la première est sortie, elle est suivie de l'autre, ainsi que du reste du corps de l'enfant.

Du reste, ces déviations ne s'observent guères que dans quelques circonstances particulières : lorsque, par exemple, le bassin est extraordinairement large, l'enfant très-petit ou non à terme, et plus souvent chez les femmes qui ont déjà eu plusieurs enfans que chez les primipares, etc.

Dans ces circonstances et dans quelques autres analogues, dans les cas par exemple, où les douleurs, très-fortes, se succèdent, en outre, avec une rapidité extraor-

dinaire, soit pendant toute la durée du travail, soit seulement à une époque particulière du travail; dans ceux où le bassin est plus large ou plus étroit dans telle direction que dans telle autre, etc., d'autres anomalies peuvent avoir lieu : ainsi la tête, (quelle que soit sa position primitive en première ou en seconde du vertex), se place selon le diamètre antéro-postérieur de la cavité pelvienne, ou bien elle se présente dans toute autre position différente des positions ordinaires; les épaules s'enfoncent dans le bassin dans une direction complètement transversale, ce dont nous parlerons plus en détail ci-après. On conçoit facilement que dans ces circonstances, ainsi que dans celles dont il a été parlé § 15, la nature n'a pas besoin de mouvement de rotation, non plus que des autres mouvemens également inclinés, auxquels elle est forcée d'ailleurs d'avoir recours dans les cas ordinaires, principalement si elle doit agir dans un espace étroitement mesuré.

Si, à mesure que la tête s'enfonce davantage dans la cavité pelvienne, la tête prend une direction transversale, c'est en général une preuve que le bassin est mal conformé.

§ 17. Dans les cas extrêmement rares où la tête présente le pariétal droit en avant et la fontanelle antérieure dirigée à droite et un peu en avant, il se fait en général un mouvement de rotation comme celui qui a lieu dans la seconde position, mais dans une direction opposée : c'est-à-dire que la tête se tourne suivant son grand diamètre, de manière qu'il devienne parallèle, d'abord au diamètre transversal du bassin, et ensuite à son diamètre oblique droit. Alors la tête s'engage et vient franchir au dehors tout à fait de la même manière que dans la première position. Dans des circonstances analogues à celles dont il a été question § 15, il peut se faire pourtant que la tête franchisse le détroit inférieur avec le visage tourné en haut.

II. *De l'accouchement avec présentation de la face, de son diagnostic et de son mécanisme.*

§ 18. Dans l'accouchement avec présentation de la face, l'enfant se présente ordinairement de deux manières, savoir : 1.° la moitié droite de la face (comme étant la plus déclive) en avant, et le front tourné à gauche.

2.° La moitié gauche du visage en avant, et le front tourné à droite.

D'après un calcul fait sur un grand nombre d'accouchemens, on trouve que la première de ces positions est un peu plus fréquente que la seconde : en conséquence, nous nommons l'une, première position, et l'autre, seconde position de la face.

§ 19. On reconnaît en général la présentation de la face, à l'absence des signes propres à la présentation du vertex, à la forme particulière des différentes parties du visage ; c'est-à-dire, du front avec sa suture, du nez, des yeux, et de la bouche. L'indice le plus sûr pour reconnaître non seulement la face, mais encore sa direction par rapport aux parois du bassin, c'est le nez. Dans ce cas, le toucher doit être pratiqué avec beaucoup de précaution, afin de ne point s'exposer à blesser, par une trop forte pression, aucun organe délicat, tel que l'œil par exemple.

Lorsque les eaux ne sont point écoulées, que les membranes sont fortement tendues, que la tête est située haut et qu'elle est mobile, le diagnostic de la présentation de la face est toujours plus ou moins difficile. Après l'écoulement des eaux, quelle que soit la hauteur à laquelle la tête se trouve située, ce qui rend le diagnostic difficile et peut facilement induire en erreur, c'est la tuméfaction du cuir chevelu. On peut, dans cette circonstance, confondre très-facilement l'œil avec la vulve, etc.

§ 20. Dans la première position de la face, le doigt explorateur introduit à travers l'orifice utérin, au commencement du travail, rencontre ordinairement le nez ; si on le

porte à gauche sur le dos de cet organe, il rencontre la suture coronale; à droite, les narines, et en avant et à droite, l'œil droit. Le diamètre longitudinal du visage, c'est-à-dire, le diamètre mesuré à partir du centre du frontal à la base du menton, se trouve parconséquent, plus ou moins parallèle au diamètre transverse du détroit supérieur, et la moitié droite de la face est située plus bas que la gauche.

Lorsque, à une periode plus avancée du travail, la tête se trouve descendue plus bas dans la cavité pelvienne, elle se tourne peu à peu de manière que, vers la fin de la troisième période de l'acc ouchement, le diamètre longitudinal de sa face se trouve parallèle au diamètre oblique gauche du bassin, et par conséquent, le menton tourné vers le trou sous pubien droit, et la joue droite, vers la vulve.

Si la face commence à s'engager, la joue droite et la commissure droite de la bouche apparaissent d'abord entre les grandes lèvres, et le menton s'avance derrière la branche descendante du pubis droit. La marche ultérieure de la tête et sa sortie ont lieu de la manière suivante : la mâchoire inférieure droite descend sous l'ar cade du pubis, sous laquelle elle s'avance jusqu'à ce que son angle soit à peu près arrivé sous l'arcade contre laquelle il s'appuie, le menton restant toujours un peu tourné du côté droit. Enfin la tête présentant à la vulve sa plus grande circonférence est chassée à travers cet orifice, exécutant en même temps un mouvement de rotation sur son axe transversal, au moyen duquel elle se dirige de bas en haut et un peu de côté; le visage, bien entendu, partage ce mouvement d'élévation. Aussitôt que la tête est sortie, la face se trouve située en haut et à droite. Les épaules se placent obliquement au détroit supérieur, la droite en haut et à gauche, la gauche en haut et à droite, et elles s'engagent et franchissent au dehors de la manière qu'il a été dit plus haut.

Remarque. Si l'on compare le mécanisme au moyen du-

quel la tête s'engage au détroit supérieur, et parcourt la cavité pelvienne, avec celui de la première position de la face, tels qu'ils viennent d'être décrits, on appercevra entre eux un grand rapport, et dans plus d'un cas, une grande similitude. Ainsi, dans le premier, la tête se place de manière qu'elle présente la moitié droite du vertex comme partie la plus déclive; dans le second, c'est la moitié droite du visage; là elle s'engage par le quart supérieur et postérieur du pariétal droit; ici, c'est par la région inférieure de la moitié droite du visage; et de même que dans le premier cas, la petite fontanelle en s'engageant, et en franchissant au-dehors, conserve toujours sa position oblique, ainsi se comporte le menton dans le second; seulement ici, le menton se trouve à droite, tandis que là, la petite fontanelle se trouve à gauche.

§ 21. Si la marche du travail est tout-à-fait ordinaire, c'est-à-dire si la tête s'engage et franchit au-dehors lentement, ainsi que cela se fait ordinairement, on remarque que le visage est plus ou moins gonflé et livide. Ce gonflement, lorsque l'accouchement a eu lieu par la première position de la face, se rencontre principalement sur la joue droite, et s'étend jusqu'à la bouche. Si l'accouchement se termine en un peu moins de temps que de coutume, on n'aperçoit que peu ou point de gonflement. Si la joue droite étant tournée vers la vulve, la tête s'engage d'abord, avec une lenteur remarquable, de manière qu'elle reste stationnaire plus long-temps qu'à l'ordinaire, et qu'ensuite elle s'engage et franchisse rapidement au-dehors, alors le gonflement bleu noirâtre se borne presque complètement à la joue droite, et un peu à la moitié correspondante de la bouche; sa moitié gauche en est exempte, d'où advient que la bouche se trouve déviée à gauche, d'où encore une prétendue bouche de travers.

§ 22. Si l'on touche au commencement du travail, dans la seconde position de la face, comme elle est l'opposé de

la première (§ 18), on trouve la même chose que dans celle-ci, seulement la direction est inverse. Il en est de même à une époque plus avancée du travail : lorsque la tête est descendue plus profondément dans la cavité pelvienne, et que cette partie et ensuite les épaules viennent s'engager et à franchir au-dehors, on observe le même mouvement de rotation que dans la première position de la face, mais naturellement dans une direction opposée. C'est pourquoi de plus amples détails sur le mécanisme au moyen duquel l'enfant parcourt le bassin, dans la seconde position de la face, seraient superflus.

§ 23. Si dans une présentation de la face, le front se trouve primitivement un peu en arrière ou en avant, cette position ne se modifie point par la suite du travail. Le menton se tourne toujours dans la suite en avant, et vient se placer sous l'arcade du pubis ; pourvu toutefois qu'aucun rapport vicieux ne s'y oppose, ou qu'aucune cause extérieure ne force la tête à changer de position ; telles seraient par exemple des tentatives pour améliorer cette position ou pour terminer l'accouchement d'une manière artificielle.

Un fœtus avant terme, ou dont la putréfaction est déjà fort avancée, peut se présenter dans presque toutes les positions imaginables, et modifier la marche du travail d'une manière très-variée.

§ 24. *Prognostic.* Pour que les accouchemens avec présentation de la face se terminent naturellement, c'est-à-dire, pour qu'ils s'achèvent par les seuls efforts de la nature, et cela sans inconvénient et sans danger, soit du côté de la mère, soit du côté de l'enfant, il ne faut pas absolument d'autres rapports que ceux qui existent ordinairement. Que l'enfant présente la face ou le vertex, cela n'exerce aucune influence appréciable sur la marche du travail ; et si les circonstances concommittantes de la marche du travail sont d'ailleurs égales, les accouchemens par la face ne sont

en aucune manière accompagnés de plus de difficultés, ne demandent ni plus de temps, ni plus d'efforts que ceux qui ont lieu par le vertex.

Sous un rapport unique, qui concerne l'enfant, ces accouchemens le cèdent aux positions du crâne, et cela mérite toute l'attention des sages-femmes. Ainsi par exemple, si par des circonstances extraordinaires, telles que des douleurs non assez énergiques, un enfant plus fort, ou bien un bassin moins spacieux qu'à l'ordinaire, le travail se trouve prolongé ou rendu tant soit peu difficile, cette difficulté peut jusqu'à un certain point exister dans les accouchemens avec présentation du vertex, sans qu'il en résulte ni inconvénient, ni danger pour l'enfant. Mais ce même degré de difficulté qui, dans la présentation du vertex, est sans inconvénient pour l'enfant, peut, dans un accouchement par la face, non-seulement être dangereux, mais mortel. La raison en est que, à cause de la lenteur de la marche du cou à travers les voies de la génération, les vaisseaux de cette région se trouvent exposés à une pression trop longtemps prolongée, laquelle rend le retour du sang de la tête difficile, et cause un surplein des vaisseaux du cerveau qui peut donner lieu à un état de mort apparente, et même causer une mort réelle par apoplexie.

En général, les présentations du vertex sont donc préférables à celles de la face.

III. *De l'accouchement avec présentation du siège, de son diagnostic et de son mécanisme.*

De la présentation du siège en général, de son diagnostic et de ses principales variétés. § 25. On nomme accouchement par le siège, celui où l'enfant naît le siège en avant. La présentation du siège se reconnait aux signes suivans:

Dans quelques cas, chez les femmes maigres, par exemple, dont l'abdomen déjà distendu par des grossesses an-

térieures, a conservé une certaine mollesse et une certaine flaccidité; et alors l'utérus ne contient qu'une quantité médiocre de liquide; on peut plus ou moins clairement sentir la tête occupant la partie supérieure de l'utérus, et inclinée vers l'un ou l'autre côté. Par une exploration interne on doit rencontrer un corps volumineux, saillant, arrondi, mais qui, au lieu d'être dur comme la tête, est au contraire mou. Vers la fin de la grossesse, le siège qu'environne le segment inférieur de la matrice, peu importe que la femme soit ou non primare, s'engage au détroit supérieur un peu moins profondément que la tête, ce qui est cause que quelquefois au commencement du travail, et même jusqu'à ce que les eaux soient écoulées, on ne distingue aucune partie. En général, le diagnostic de la présentation du siège est difficile avant l'écoulement des eaux. Mais après cela, cette présentation est facilement reconnue à l'aide des parties suivantes : les fesses avec leur scissure, l'anus contracté, et chez les enfans morts relâchés, les parties génitales qui se rencontrent entre les cuisses, lesquelles sont fléchies sur le ventre, l'extrémité du coccyx, le méconium que l'on sent sortir, ou qui colore le doigt explorateur. Si ces parties, qui toutes, à l'exception du coccyx, sont molles, n'ont point perdu par la tuméfaction leur forme particulière, et ne sont pas devenues par là méconnaissables; alors, de même que le nez est le guide le plus sûr pour reconnaître non-seulement la présentation de la face, mais encore les rapports avec les parois du bassin (§ 19), de même le coccyx est le guide le plus certain pour obtenir les mêmes résultats dans la présentation du siège.

§ 26. Il y a autant d'espèces de positions du siège qu'il y a d'espèces de positions de la tête; mais comme elles n'entraînent aucune différence réelle dans la manière dont l'enfant traverse le bassin, et qu'aucun désavantage spécial ne s'y lie, il suffit d'admettre les deux positions suivantes comme positions principales.

1.° Présentation du siège, le dos en avant et tourné vers la paroi de l'utérus, et 2.° présentation du siège avec le dos en arrière.

Dans l'une et l'autre positions, le dos se trouve, au commencement du travail, situé le plus souvent un peu de côté, c'est-à-dire que les hanches sont dans une ligne qui est plus ou moins parallèle à l'un des diamètres obliques du détroit supérieur.

§ 27. *Fréquence.* La première position se rencontre plus souvent que la seconde; mais pourtant, sous ce rapport, la différence n'est pas grande. Nous ferons remarquer que les positions du siège et des pieds sont plus rares, proportionnellement parlant, chez les primipares que chez les femmes qui ont déjà eu des enfans, et particulièrement chez celles qui en ont déjà eu plusieurs.

Marche de l'accouchement avec présentation du siège.

§ 28. Les accouchemens avec présentation du siège ou des pieds suivent certaines règles aussi bien que ceux qui ont lieu avec présentation de la tête. Seulement les écarts de la règle, tant sous le rapport de la manière dont l'enfant se place que sous celui de sa marche à travers le bassin, y sont moins rares, mais sans que pour cela il en résulte aucun nconvénient particulier; pourvu toutefois, que les conditions nécessaire pour un accouchement naturel existent.

§ 29. Pour ce qui est de la situation de la tête et des membres par rapport au tronc, dans la présentation du siège, c'est la même chose que dans les positions ordinaires de l'enfant. Les pieds se trouvent toujours primitivement dans le voisinage des fesses, et on les touche quelquefois en même temps au commencement du travail. S'ils se trouvent un peu plus haut que le siège, lorsque celui-ci descend, ils se portent en haut, et se fléchissent vers le ventre et la poitrine de l'enfant, et se montrent au-dehors en même temps que ces régions, à une époque plus avancée du travail. Mais s'ils sont placés plus bas que le siège, alors

ils descendent avant lui. Quelquefois les pieds et le siège parcourent la cavité du bassin de concert et franchissent la vulve en même temps.

§ 30. Soit que le siège ait primitivement une direction complètement transversale ou oblique, dans tous les cas il se trouve toujours obliquement situé, et la hanche qui est en avant est la plus déclive, dès qu'il est engagé plus profondément au détroit supérieur. Il est constamment poussé dans cette position oblique, soit qu'il franchisse le détroit supérieur, qu'il parcoure la cavité pelvienne, ou franchisse les parties externes.

En conséquence, dans la première position, soit que la hanche gauche se soit primitivement dirigée plus ou moins avant, ce qui est le cas le plus ordinaire, soit qu'elle se soit placée ainsi en franchissant le détroit supérieur, le siège descend suivant cette même direction dans la cavité pelvienne, et la fesse gauche est toujours la plus profondément située. C'est aussi cette même fesse qui, à une époque plus avancée du travail, se montre la première, quand la vulve commence à s'entrouvrir, ou par laquelle le siège s'engage. Le siège s'engageant de plus en plus, la hanche gauche, tournée en avant et toujours un peu à droite, vient se placer complètement sous l'arcade du pubis, contre laquelle elle s'appuie : alors l'autre hanche, qui est placée dans un sens contraire et qui a une plus longue distance à parcourir, s'avance sur le périnée fortement distendu (temps d'expulsion), de sorte qu'aussitôt que les hanches sont sorties, le ventre de l'enfant se trouve tourné vers la face interne et postérieure de la cuisse droite de la mère. Le reste du tronc suit en conservant cette même position, et à mesure que la poitrine s'approche de l'orifice du détroit inférieur, les épaules franchissent le détroit supérieur suivant la direction de son diamètre oblique gauche ; et lorsque la poitrine franchit l'orifice externe du bassin, les bras, pressés et couchés contre cette partie avec les coudes en avant, commen-

cent à paraître. Mais tandis que les épaules parcourent le bassin dans la situation dont on vient de parler, la tête qui, pendant toute la durée du travail est penchée de manière que le menton repose sur le thorax, franchit le détroit supérieur suivant la direction du diamètre oblique droit (c'est-à-dire, le front tourné vers la symphyse sacro-iliaque droite), et continue de parcourir la cavité du bassin dans cette direction, ou en s'approchant de celle du diamètre antéro-postérieur. Après cela elle s'engage et franchit la vulve, de manière que, tandis que l'occiput s'arcboute contre l'arcade du pubis, l'extrémité du menton, puis le reste du visage s'avance sur le périnée, en même temps que la tête se tourne de bas en haut sur son diamètre transverse.

Mais quelquefois c'est la hanche droite qui, dans cette première position, prend, soit primitivement, soit durant le cours du travail, cette direction. Dans ce cas, l'enfant parcourt le bassin de la même manière que dans le cas précédent; mais naturellement avec cette différence, que la surface de son corps prend une autre direction à l'égard des parois de l'utérus, c'est-à-dire que sa surface antérieure qui, dans le premier cas, est tournée vers la paroi droite du bassin, est dans le second tournée vers la gauche, et que la tête franchit le détroit supérieur suivant la direction de son diamètre oblique gauche (le front tourné vers la symphyse sacro-iliaque gauche).

De même que, dans les accouchemens avec présentation du vertex, le gonflement des tégumens (la tumeur du cuir chevelu, le *caput succedaneum*) se rencontre principalement sur le pariétal qui lors du passage de la tête à travers le bassin se trouve le plus profondément situé et sur la portion des tégumens par laquelle elle s'engage (§ 9.), pareillement ici le gonflement, qui souvent est d'un bleu noirâtre, se voit sur la partie qui est dirigée en avant, et qui lors du passage du siège se trouvait la plus déclive et par laquelle il s'est engagé.

§ 31. Dans la seconde position, c'est-à-dire dans celle où la surface antérieure de l'enfant est tournée vers la paroi antérieure du ventre de la mère, la hanche gauche soit qu'elle ait primitivement cette direction, soit qu'elle l'acquière à mesure que le siège s'enfonce dans la cavité du bassin, se trouve en général dirigée en avant ou en haut: direction oblique que le siège conserve à une époque plus avancée du travail, lorsqu'il s'enfonce dans la cavité pelvienne, qu'il s'engage au détroit inférieur et franchit la vulve. Lorsque les hanches sont sorties, la surface antérieure de l'enfant se tourne soit aussitôt, soit à mesure que le reste du tronc s'avance, à droite et en bas ou en arrière. Mais le mécanisme au moyen duquel la tête s'engage, parcourt la cavité pelvienne et franchit le détroit inférieur, est le même que celui qui a été décrit dans le dernier paragraphe.

Dans cette dernière position, il n'est pas rare que la hanche droite soit tournée en avant, soit primitivement, soit qu'elle acquière cette direction. Dans ce cas, le siège est mu à travers le bassin et est poussé au-dehors de la même manière que ci-dessus, nécessairement avec cette différence que la surface antérieure de l'enfant se trouve dirigée en avant et à gauche. Le mouvement de rotation se fait ici comme dans le cas précédent, soit immédiatement après que le siège a franchi la vulve, soit lorsque le tronc est plus avancé; mais, ici la surface antérieure de l'enfant se tourne à gauche et en bas, de sorte que, tandis que la tête franchit le détroit supérieur, le front descend de l'autre côté, c'est-à-dire vers la symphyse sacro-iliaque gauche.

Il arrive quelquefois, dans l'un ou l'autre de ces deux cas, si l'enfant est petit principalement, que le tronc dont le plan antérieur est en avant et à droite, ou bien en avant et à gauche, est chassé au-dehors jusqu'aux épaules; alors il exécute un mouvement de rotation, et cela quelquefois

sous l'influence d'une seule douleur par laquelle il est complètement expulsé, de manière que sa surface antérieure se trouve dans une direction toute contraire; ainsi, la surface antérieure de l'enfant qui, avant la douleur, était, dans la première position, par exemple, située en avant et à droite, se trouve aussitôt après et en un clin d'œil, pour ainsi dire, tournée à gauche et en bas ou en arrière.

§ 32. Il arrive quelquefois aussi, dans les présentations du siège, que le menton ne repose point sur la poitrine, mais que la tête est, comme dans les positions du visage, inclinée en arrière vers la nuque. Dans ce cas, le passage du tronc à travers le bassin a lieu, suivant la nature de la position, jusqu'à la tête, de la manière dont il a été dit auparavant ; c'est-à-dire que la tête s'avance, l'occiput incliné vers la nuque, le vertex tourné vers l'un ou l'autre os iliaque. Lorsqu'elle s'engage au détroit supérieur et vient ensuite à le franchir, le sommet se tourne peu à peu, et ce mouvement de rotation continue à mesure qu'il descend dans la cavité pelvienne, de manière que lorsque le tronc est expulsé, la convexité du crâne se trouve tournée vers la concavité du sacrum et du coccyx, et la surface inférieure de la mâchoire inférieure vers la symphyse du pubis. Dans cette position, le fœtus s'engage au détroit inférieur et franchit la vulve, de manière que, tandis que la mâchoire inférieure s'appuie par son bord inférieur contre l'arcade du pubis, la bosse occipitale d'abord, ensuite le vertex, puis le frontal, franchissent le périnée.

IV. *De l'accouchement par les pieds, de son diagnostic et de son mécanisme.* §. 33. On nomme accouchement par les pieds, celui où les pieds se présentent les premiers. Il est rare que les pieds se présentent autrement qu'ensemble. On peut reconnaître les pieds par leur forme particulière à travers les membranes de l'œuf, si elles ne sont point trop tendues, et surtout si les eaux sont écoulées : ainsi les orteils

se distinguent des doigts en ce qu'ils sont plus courts ; la plante du pied, en ce qu'elle est plus longue que la paume de la main ; les malléoles suffisent pour faire reconnaître le talon. Le dos du pied est toujours courbé vers la partie antérieure du tibia ; et le talon est en conséquence la partie la plus déclive. A cause de cette disposition, et à cause de la ressemblance qui existe entre les malléoles et les tubérosités de l'humérus, le talon pourrait être pris pour le coude, avec lequel il a véritablement de la ressemblance ; mais au moyen d'une exploration plus attentive, la plante du pied lève bientôt l'erreur. Dans la présentation des pieds, la détermination de la position du corps de l'enfant, (savoir, si sa surface antérieure est tournée vers la paroi antérieure ou vers la postérieure de l'utérus), est rendue difficile par deux circonstances en particulier : 1.° par la mobilité des pieds, quand ils sont encore hauts, et 2.° ce qui arrive très-souvent, par leur entrecroisement, qui a lieu de manière que les orteils d'un pied se trouvent dans le voisinage du talon de l'autre.

Le genou se distingue du coude avec lequel on peut jusqu'à un certain point le confondre, en ce qu'il est plus volumineux ; en ce qu'une cavité se trouve entre les deux tubérosités, tandis que le coude présente au toucher une éminence saillante par laquelle il se termine.

§ 34. Il suffit ici d'admettre deux positions comme dans la présentation du siége, savoir : 1.° Les pieds dirigés en arrière ; et 2.° les pieds situés en avant.

§ 35. Les pieds, du reste, en traversant le bassin, changent souvent de direction, et n'en prennent une fixe que lorsque les hanches s'engagent au détroit supérieur. Après cela, l'enfant parcourt le bassin comme dans les accouchemens par le siége. Si l'on rencontre les pieds près de l'orifice utérin ou de l'orifice externe du détroit inférieur, les orteils dirigés en avant, alors on ne doit pas craindre que

l'enfant naisse la surface du corps en avant, pas davantage que dans les accouchemens par la seconde position du siège.

On conçoit très-bien que, dans les accouchemens avec présentation des pieds, le tronc éprouve moins de résistance que dans les présentations du siège, où les cuisses sont fléchies sur le ventre, et dans lesquelles l'enfant ainsi doublé franchit les voies de la génération. En conséquence, les accouchemens par les pieds sont en général moins longs, car le tronc parcourt, non seulement en moins de temps, mais même beaucoup plus rapidement la cavité pelvienne que dans les accouchemens avec présentation des fesses.

§ 36. Telle est la marche ordinaire des accouchemens par le siège et par les pieds, lorsque le fœtus, les voies de la génération et les forces expulsives sont dans les conditions voulues, et que la nature n'est point troublée dans son travail d'expulsion par aucune cause extérieure, telle par exemple que des tractions ou des tentatives pour tourner l'enfant. Mais si les pieds ou le siège paraissent s'avancer trop lentement, et que par cela même le travail languisse, cela a la plus sérieuse influence sur la marche de l'accouchement; car c'est l'utérus qui, en se contractant de toutes parts sur l'enfant, le pousse en avant, et par ces mêmes contractions, 1.° le menton continue d'être pressé contre le thorax pendant le passage de l'enfant à travers le bassin, ce qui fait que la tête entre dans le bassin et le parcourt dans la position la plus favorable, (§ 30); 2.° les bras restent pressés contre le thorax et franchissent la vulve dans cette position; 3.° les parties molles de la génération peu à peu distendues par les mouvemens lentement progressifs du fœtus, conservent cette distension de manière à ne présenter que peu de résistance à la tête; et 4.° par cela même que la marche de l'accouchement n'est point trop rapide, par cela même que la matrice ne se débarrasse que peu à peu de son contenu, son action augmente, acquiert

de l'énergie, et devient, au moyen de contractions suffisamment fortes, capable de pousser la tête dans la cavité pelvienne et de l'en expulser. D'un autre côté si, en tirant sur l'enfant, on interrompt la pression résultant des contractions utérines, au moyen de laquelle la matrice agit sur tous les points de la surface de l'enfant et maintient les bras pressés contre le thorax; alors les bras relâchés se portent vers la tête, le menton s'éloigne de la poitrine, et la tête se présente en même temps que les bras dans la position la plus défavorable au détroit supérieur; ce qui rend évidemment difficiles et son entrée dans la cavité du bassin et sa sortie. Les parties molles de la génération se trouvent distendues d'une manière violente et non continue, et par cela même que la matrice se trouve trop promptement débarrassée de son contenu, sa contractilité perd son énergie; d'où il suit qu'elle devient incapable de forcer la tête à entrer dans la cavité du bassin, et à la parcourir.

Prognostic des accouchemens par le siège et par les pieds. — § 37. Si les conditions qui influent en général sur la marche naturelle de l'accouchement sont telles qu'il convient, les accouchemens par le siège ou par les pieds se terminent sans inconvénient par les seuls efforts de la nature, et sans plus de souffrance pour la mère. La souffrance est même souvent moindre que dans les accouchemens avec présentation du crâne.

Mais pour les mêmes raisons ci-dessus énoncées (§ 24), à l'occasion des accouchemens par la face, les positions du siège et des pieds sont en général moins désirables que celles du vertex : c'est-à-dire que l'accouchement avec présentation du vertex peut se terminer sans danger dans des circonstances où la présentation du siège ou des pieds pourrait être fatale. Dans les positions de la face, c'est la pression trop long-temps prolongée des vaisseaux du col qui met l'enfant en danger; dans celles du siège et des pieds, c'est la pression du cordon ombilical. Car, aussi long-temps

que l'enfant n'a point encore respiré, le cours du sang reste libre dans le cordon ombilical, ce qui est aussi indispensable au fœtus que l'est la respiration aux animaux qui vivent dans l'air. Et autant est dangereuse l'interruption de la respiration pour l'enfant qui a commencé à vivre dans l'air, c'est-à-dire, qui a respiré, autant est dangereuse pour le fœtus qui n'a pas encore respiré, la suspension de la circulation ombilicale. Si donc, après que le tronc est partiellement ou complètement sorti, la marche de la tête à travers la cavité pelvienne se trouve, soit à cause d'une disproportion entre le volume de l'enfant et la largeur du bassin, soit à cause du peu d'énergie des contractions utérines, en quelque sorte arrêtée, alors l'enfant court plus ou moins de danger en conséquence de la pression à laquelle se trouve exposé le cordon ombilical.

Delà vient aussi, comme nous l'enseigne l'expérience, qu'un nombre sans comparaison beaucoup plus grand d'enfans viennent morts par le siège et par les pieds, que par le vertex.

§. 38. Du reste, d'après ce qui vient d'être dit, on conçoit, ainsi que l'apprend encore l'expérience, pourquoi il vient au monde beaucoup moins d'enfans morts par le siège que par les pieds; car, lorsque les membres inférieurs sont repliés sur l'extrémité pelvienne du tronc, lors de son entrée dans le bassin, et pendant qu'il le parcourt, il présente une plus grande circonférence que lorsque les pieds descendent les premiers. Il résulte de la présentation de cette plus grande circonférence, que, d'un côté, les parties molles de la génération sont plus fortement distendues, et, d'un autre côté, que la marche du tronc à travers le bassin est ralentie, d'où augmentation de la force contractile de l'utérus, et en conséquence douleurs plus énergiques; et d'où encore cette conséquence heureuse, qu'au moment où il y a tant de danger pour l'enfant, c'est-à-dire, au moment où la tête s'engage et franchit au-dehors, et où le moin-

dre retard dans la marche du travail peut devenir fatal, l'accouchement se trouve accéléré, parce que les douleurs étant devenues plus fortes, et les parties molles de la génération étant suffisamment distendues, la tête se trouve poussée plus facilement à travers le bassin, et le cordon ombilical exposé à une moindre pression.

REVUE GÉNÉRALE.

Anatomie et Physiologie.

Sur la première respiration du nouveau-né; *par le prof. Hohl.* — Suivant le D.r Jomatt, dans les premiers efforts de respiration de l'enfant naissant, l'auscultation fait reconnaître que l'air pénétre en même temps dans les deux poumons, et il est faux que le poumon droit respire avant le gauche, et qu'après l'accouchement cette fonction s'accélère peu à peu. Cette opinion, en étant trop générale, manque d'exactitude, selon le prof. Hohl. La respiration s'effectue tantôt promptement et à la fois dans les deux poumons; tantôt peu à peu, plus vîte, et avec plus de force dans le poumon droit que dans le poumon gauche, suivant certaines circonstances. Si l'enfant est à terme, s'il n'a pas souffert dans l'accouchement, si le travail a été facile, s'il n'y a pas eu de mucosités à l'entrée des voies aëriennes, le plus souvent alors la respiration a lieu subitement, accompagnée de cris assez forts; la poitrine se soulève également, et la vie se montre avec énergie. Mais si l'enfant est venu avant son terme, s'il est d'une constitution grêle, que l'accouchement ait été difficile, que la trachée artère et les bronches soient obstruées en partie par des mucosités, alors, suivant que ces diverses circonstances ont été plus ou moins prononcées, on observe ce qui suit:

1.° L'enfant reste les yeux ouverts, et n'exécute d'autres mouvemens que ceux d'extension des membres; la respiration est faible, mais on l'entend dans les deux poumons, l'élévation des parois thoraciqnes est visible, les mouvemens des muscles abdominaux ne sont pas très-forts, et les traits de la face expriment une souffrance légère. Dans ce cas, la vie se ranime quelquefois tout-à coup, d'autrefois peu à peu, sans secours étrangers.

2° Ou bien les yeux restent fermés ou entr'ouverts; les membres sont flasques, immobiles, le cœur bat fortement, mais on n'apperçoit aucun indice de respiration; la région ombilicale est soulevée tant soit peu,

comme s'il n'y avait de respiration que par le diaphragme ; enfin, commence une respiration tremblotante à de longs intervalles. Dans le poumon droit seulement on entend le bruit respiratoire qu'on perçoit même encore lorsqu'à l'inspiration succède l'expiration, la teinte rosée que donne la vie ne se montre pas. Quelques-uns de ces enfans reviennent d'eux-mêmes à une vie plus complète, mais c'est alors qu'il faut pratiquer avec précaution l'insufflation pulmonaire.

3° Enfin, l'enfant reste les yeux fermés, les membres mous et immobiles, il n'offre à l'oreille, au toucher et à la vue aucun signe de respiration : les battemens du cœur sont très-faibles, et quelquefois on ne peut les entendre qu'à l'aide du stéthoscope. Nulle teinte rosée de la peau, face amaigrie, aucun mouvement des parois du ventre, en un mot apparence de la mort. Dans ces cas, il importe qu'on donne des secours prompts à l'enfant, et souvent ils sont inutiles. Les frictions, la pression alternative des parois thoraciques, l'insufflation pulmonaire ménagée, et avec douceur, tels sont les moyens qu'il faut employer; quand on réussit, alors on commence à entendre le bruit respiratoire distinctement bien plus tôt dans le poumon droit que dans le poumon gauche.

De tous les moyens propres à ranimer les enfans nouveaux-nés, le Professeur Hohl préfère l'insufflation de l'air dans les poumons. Le premier signe d'un commencement de vie se manifeste sur le visage de l'enfant, où l'on remarque une légère contraction de la peau entre les deux sourcils, à la racine du nez. Cette contraction est souvent bornée pendant long-temps à cette seule partie de la face avant de s'étendre au reste du visage. A ce mouvement succède une respiration saccadée comme celle des enfans qui viennent de pleurer, et peu après les mouvemens de la poitrine se répètent, et la respiration devient de plus en plus prononcée. (*Allgmeine medizinische Zeitung*; numéro XXXIV; 1833.)

Observations microscopiques sur l'inflammation. *Par le docteur C.F. Koch, médecin à Middlebourg.*—Voici les résultats des expériences et des observations que l'auteur a faites particulièrement sur la membrane natatoire des grenouilles. 1° Aussitôt qu'on y applique un irritant fort ou faible, on voit une accélération sensible dans le mouvement du sang qui circule dans cette membrane, et en même temps les vaisseaux capillaires de la partie affectée diminuent de volume. 2° Le mouvement d'accélération se ralentit plus ou moins promptement; ce ralentissement est surtout très-marqué consécutivement à l'action des excitans énergiques, et alors les globules du sang ne sont plus séparés que par de très-petits intervalles, en sorte qu'ils sont presqu'en contact les uns avec les autres dans leur mouvement de progression. 3° Ce mouvement des globules est tout-à-fait uniforme dans les capillaires, sauf dans le voisinage des artères où il a lieu à des intervalles déterminés et égaux

aux battemens de ces vaisseaux, d'où résulte dans leur marche une sorte d'oscillation. 4° Quelques globules isolés s'attachent d'abord aux parois des vaisseaux, et cessent de se mouvoir. Peu à peu ces globules adhérens deviennent plus nombreux, forment une agglomération opaque, brunâtre, dans laquelle on ne peut plus reconnaître la forme de chacun d'eux. Insensiblement les vaisseaux capillaires se dilatent proportionnellement, et quelquefois au point de doubler de volume. 5° Le nombre des globules devenus opaques diminue parce qu'ils se dissolvent dans le sérum auquel ils donnent une couleur d'un rouge vif et transparent. 6° Dans le voisinage de ceux des vaisseaux capillaires dans lesquels le sang n'a plus de mouvement, on observe les divers phénomènes qui ont été signalés dans les trois premières conclusions : d'abord, dans les parties les plus rapprochées de ces vaisseaux, on remarque les phénomènes indiqués dans la troisième conclusion, puis ceux de la seconde, et enfin ceux de la première conclusion dans les parties qui en sont plus éloignées. 7° Les vaisseaux capillaires dans lesquels s'est opéré l'arrêt puis la dissolution des globules, et dont le calibre s'est très dilaté, reviennent plus ou moins vîte à leur état normal, et le mouvement naturel du sang s'y rétablit. 8° Les incisions et les piqûres déterminent toujours l'arrêt et la dissolution dans le sérum des gros globules, ainsi que la dilatation des vaisseaux capillaires, tout en causant d'abord les divers phénomènes qui suivent l'impression des autres irritans. 9° Quand les globules sanguins sont agglomérés, et que leur mouvement est ralenti, des mouvemens brusques imprimés à la cuisse de l'animal, ou toute autre excitation comme celle que produisent l'alcool, l'éther, l'électricité, peuvent rétablir pour un instant le mouvement naturel de progression des globules ; si l'inflammation est de médiocre intensité, ce mouvement des globules ne tarde pas à revenir à sa première lenteur, si même elle n'augmente. En général, l'impression d'un nouvel excitant exaspère la réaction inflammatoire. 10° L'arrêt des globules du sang est d'autant plus prompt que l'action du stimulus est plus vive : leur agglomération est aussi plus considérable ainsi que la dilatation des vaisseaux capillaires. 11° Dans les affections inflammatoires graves et étendues, les artérioles et les veinules sont dans les mêmes conditions que les vaisseaux capillaires. (*Meckel's, archiv. für anatomie und physiologie.* VI Bd. *n.* I *und.* II.)

Pathologie.

Cours de clinique *du docteur Graves, professeur à l'Université de Dublin ; extrait par M. G. Richelot, D. M.* — Il n'est point d'enseignement dont l'utilité pratique soit plus réelle que celui qui est fait au lit des malades. Malheureusement, les bons cours de clinique sont loin d'être en rapport avec les besoins qui s'en font sentir. Celui

du docteur Graves, professeur distingué de Dublin, est du petit nombre de ceux qui se font remarquer par une foule de considérations ingénieuses qui en rendent la lecture aussi agréable qu'instructive. Cependant nous ne saurions admettre sans restrictions un grand nombre de vues qui font, il est vrai, beaucoup d'honneur à son imagination et à son esprit, mais qui nous semblent un peu aventureuses, et demanderaient la réunion de faits plus nombreux et mieux circonstanciés; car en les prenant pour point de départ, le docteur Graves est arrivé à des résultats qui contrarient plusieurs de nos croyances médicales, et que nous ne pouvons admettre qu'après plus ample démonstration.

Hémoptysie. — Après s'être livré à des considérations anatomiques qui tendent à prouver qu'il n'y a aucune communication entre le système capillaire de l'artère pulmonaire et celui des artères bronchiques, le docteur Graves admet deux espèces d'hémoptysies, bien différentes tant sous le rapport de leur siége et de leurs symptômes, que sous celui de leur gravité : celle qui provient de l'artère pulmonaire, et celle qui est fournie par les artères bronchiques.

Dans la première, le sang s'échappe des capillaires de l'artère pulmonaire distribués à la surface des cellules aériennes, mais il s'en échappe par deux voies différentes : dans les cellules elles-mêmes, ou dans le tissu cellulaire qui leur sert de moyen d'union entre elles. La portion de sang qui s'épanche dans les cellules, passe delà dans les bronches et peut être expectorée; il n'en est point ainsi pour celle qui s'infiltre dans le tissu cellulaire intervésiculaire; dans ce dernier cas, le sang reste dans ce tissu, s'y coagule et se solidifie. C'est à la réunion de ces deux phénomènes que l'on a donné le nom *d'apoplexie pulmonaire*. Quand l'hémoptysie provient de l'artère pulmonaire, le sang est noir; s'il a été retenu quelque temps dans les cellules bronchiques, il se coagule et est expectoré par caillots. Aussi les auteurs ont-ils commis *une grave erreur lorsqu'ils ont donné la couleur du sang, comme un moyen de distinguer s'il vient de l'estomac ou du poumon.* Dans la très-grande majorité des cas, le sang qui est fourni par le système capillaire appartenant à l'artère pulmonaire est noir et en caillots. Dans un grand nombre de pneumonies, le sang mêlé aux crachats offre plutôt les caractères du sang veineux que ceux du sang artériel, circonstance qui dévoile la source de l'hémorrhagie et le danger qui l'accompagne. On conçoit, toutefois, que ce sang pourrait être rougi par l'action de l'air qui le traverse dans les conduits aériens avant qu'il ne soit expectoré. Ce sujet a besoin d'investigations ultérieures; car non seulement il est possible que ce sang noir soit rougi plus ou moins par l'influence de l'air, mais encore il est extrêmement probable que, si du sang artériel coule lentement des capillaires bronchiques, et reste pendant long-temps dans les voies aériennes, mêlé avec la sécrétion muqueuse, il peut devenir noir avant d'être expec-

toré, comme il arrive au sang vermeil qui reste long-temps exposé à l'action des produits de sécrétion du canal alimentaire, dans le *melœna*.

La seconde espèce d'hémoptysie a pour source les artères bronchiques. Quelquefois elle est très-abondante, mais en général la quantité de sang expectorée est peu considérable. Elle s'accompagne ordinairement de toux intense, de constriction de la poitrine et de fièvre; elle est rarement grave, le sang s'écoule d'une surface extrêmement limitée comme dans l'épistaxis. Cependant il n'est pas extrêmement rare de voir des sujets qui expectorent du sang artériel en grande quantité; cela vient de ce qu'une très-petite portion de membrane muqueuse peut fournir une hémorrhagie abondante, comme on le voit dans certains cas d'épistaxis; mais ces hémoptysies ne sont point liées à l'inflammation des bronches, et dépendent de quelque disposition hémorrhagique particulière.

Après avoir ainsi distingué ces deux espèces d'hémoptysies, le docteur Graves revient à la première et se livre à des considérations pathologiques sur les suites de l'épanchement du sang dans le tissu cellulaire des poumons. Aussitôt qu'il est ainsi épanché, le sang se sépare en deux portions; la sérosité est rapidement absorbée, le caillot tend à se solidifier; cette tendance à la solidification du sang est le premier effet de son extravasation dans le tissu cellulaire du poumon; ce phénomène n'a point été noté par ceux qui ont écrit sur l'apoplexie pulmonaire: il détermine l'imperméabilité de toute la portion de poumon occupée par l'extravasation sanguine et ce caillot devient un obstacle mécanique à la continuation de l'hémorrhagie. Mais à côté de cet avantage se trouve un grand inconvénient: le danger dans ce cas, est en proportion de l'étendue de l'extravasation; la quantité de sang épanché peut être assez considérable pour empêcher l'accomplissement des fonctions du viscère et causer la mort. Le docteur Graves cite à cette occasion un homme chez qui la maladie, après avoir duré quelque temps, occupa toute l'étendue d'un poumon; dans ce cas la cessation du crachement de sang avait été un symptôme funeste. Cependant on rencontre des sujets qui vivent, quoique la moitié d'un poumon soit occupée par un caillot de cette espèce.

La solidification du sang dans le poumon et l'oblitération des cellules aériennes, qui en est la suite, peuvent donner lieu à une mort soudaine, ou déterminer lentement l'issue fatale. Les auteurs prétendent que le sang ainsi épanché agit comme un corps étranger, comme un corps irritant, et détermine de l'inflammation. D'autres ajoutent qu'il produit non-seulement l'inflammation, mais encore le ramollissement et la gangrène de la portion du poumon qu'il occupe. Ces assertions se trouvent en contradiction avec ce que nous voyons tous les jours. Dans une ecchymose de la conjonctive, lorsque cette membrane

est écartée du globe oculaire par un immense caillot, on ne voit point ce caillot produire l'inflammation, bien qu'il soit en contact avec un organe extrêmement sensible. Ne voit-on pas le sang extravasé à la suite des plaies et des contusions rester inoffensif dans sa nouvelle situation, et disparaître sous l'influence de l'absorption, sans produire aucune inflammation. Dans le cerveau même, le sang peut être épanché et produire une paralysie soudaine; si le malade se guérit promptement, un caillot restera dans la substance cérébrale, sans y causer aucune inflammation. Souvent, il est vrai, l'épanchement sanguin, dans les poumons, est accompagné de pneumonie, et, dans le cerveau, de ramollissement; mais ce sont deux effets distincts de la même cause, deux phénomènes d'une même maladie; l'un n'est point la cause de l'autre.

Lorsque l'épanchement sanguin n'entraîne pas la mort, si l'organisme est sain, et si la tendance hémorrhagique ne se renouvelle pas, il est probable que le caillot est absorbé et que la portion de poumon qu'il occupait redevient perméable. Toutefois le docteur Graves a pu s'assurer qu'une portion du poumon peut rester solide très-longtemps sans donner lieu à aucun symptôme particulier. Chez un malade cet état du poumon persista pendant un an et demi, et chez un autre, pendant trois ans, sans causer le plus léger inconvénient; après la mort qui fut causée dans les deux cas par une maladie étrangère au poumon, l'autopsie démontra la présence de cette solidification. On a dit que cet état du poumon est une cause de phthisie. Dans le cas de scrofules, la suppuration des tubercules peut en être hâtée; mais si la constitution n'est pas scrofuleuse, la consomption consécutive à la solidification du poumon n'est certainement pas tuberculeuse. Un jeune homme qui avait eu une attaque d'apoplexie pulmonaire, présenta ensuite tous les symptômes de la phthisie, excepté la diarrhée. Après sa mort, on ne trouva pas un seul tubercule dans ses poumons; la matière purulente largement épanchée dans le tissu cellulaire, constituait la maladie que l'on a désignée sous le nom de *pneumonie suppurante* (*supurating pneumonia*). Un autre jeune homme s'étant trouvé dans le même cas, on crut généralement qu'il était atteint de phthisie tuberculeuse. Le docteur Graves, appelé en consultation, s'éleva contre cette opinion et annonça l'existence d'une *pneumonie suppurante*. l'autopsie justifia son diagnostic. On conçoit facilement que chez un sujet scrofuleux cet état du poumon donnera lieu à une veritable phthisie tuberculeuse. Dans cette fâcheuse disposition de l'organisme, toute cause d'irritation pulmonaire a le même résultat. Le docteur Graves a vu un malade qui était atteint d'un épanchement pleurétique dans le côté droit de la poitrine, avec engorgement des poumons et dyspnée. Pendant le cours de la maladie, il se développa des tubercules, non du côté de l'épanchement pleurétique, mais dans la partie supérieure du poumon gauche.

Les deux espèces d'hémoptysies distinguées par le docteur Graves, diffèrent beaucoup sous le rapport de la gravité. Ce médecin a connu sept hommes appartenant à la même famille, la plupart militaires, et habitans divers climats, et qui étaient sujets à des hémoptysies soudaines sans toux antécédente ou consécutive et sans aucun symptôme du côté de la poitrine; ces hémoptysies étaient purement bronchiques. De pareils exemples sont fréquens et les sujets qui les présentent peuvent vivre très-vieux. Mais si l'hémorrhagie cesse d'être limitée aux ramifications des artères bronchiques, si le système de l'artère pulmonaire vient à y participer, les accidens les plus graves sont à redouter. Chez un des individus cités ci-dessus, le siége de l'hémoptysie changea au bout de 20 ans, elle eut lieu dans les cellules bronchiques et dans le tissu intervésiculaire, et le malade mourut d'apoplexie pulmonaire.

On a discuté la question de savoir si, dans la phthisie, le crachement de sang doit être considéré comme cause ou comme effet. Dans cette maladie, l'hémoptysie est toujours bronchique et offre les caractères ordinaires du sang artériel. C'est cette irritation bronchique qui donne lieu aux *râles bronchiques* (*bronchial râles*) si fréquens dans la phthisie; c'est pour cela que, si l'on trouve de la bronchite au sommet des poumons, tandis qu'on n'en trouve point vers le milieu de ces organes, et que les signes de bronchite soient permanens, on peut en conclure à l'existence de tubercules. Le docteur Graves considère du reste l'hémoptysie comme effet de la présence des tubercules.

A l'occasion de l'hémoptysie qui peut être produite quelquefois par une maladie du cœur, le docteur Graves fait observer qu'il faut se donner bien de garde de considérer toujours l'hypertrophie du cœur comme une maladie. Toutes les fois qu'il existe un obstacle à la circulation dans les poumons, le cœur est obligé de redoubler d'efforts; il s'hypertrophie, et c'est cette hypertrophie qui lui permet de faire des efforts assez énergiques pour surmonter les obstacles. Dans des cas semblables, il faut respecter ce développement du cœur qui, loin d'être morbide est au contraire favorable, et le praticien commettrait une faute grave en administrant la digitale ou autres agens thérapeutiques analogues.

Dans le traitement de l'hémoptysie, le docteur Graves recommande l'opium, qui réussit très-bien également contre les pertes utérines après l'accouchement, et contre l'hémorrhagie des gencives. Il pense cependant qu'on doit recourir avant tout aux moyens antiphlogistiques.

Le traitement doit toutefois être différent suivant l'espèce d'hémoptysie. Quand elle provient de l'artère pulmonaire, après la saignée le docteur Graves a surtout confiance dans l'ipécacuanha. Ce médicament n'agit pas en vertu de ses propriétés nauséeuses, car l'émétique

n'a point la même action hémostatique. Richter est le premier qui ait fait connaître ses vertus anti-hémorrhagiques. Le docteur Shéridan de Dublin, a prouvé qu'il arrête l'hémoptysie même lorsque son action sur l'estomac va jusqu'au vomissement. Le docteur Graves a reconnu qu'il a les mêmes effets favorables dans l'hémorrhagie intestinale; il le met beaucoup au-dessus de l'acétate de plomb. Il cite un fait qui tend à prouver aussi que le sel commun agit comme anti-hémorrhagique; et qu'on peut y avoir recours en toute sûreté dans les cas pressans, quand on n'a pas les autres moyens a sa disposition.

Œdème des extrémités inférieures. — Le docteur Graves parle ici de l'œdème qui s'empare des extrémités inférieures, pendant le cours des *affections fébriles* (fevers), mais plus ordinairement vers leur déclin. La première description de cette maladie a été donnée par le docteur Tweedie dans l'*Edinburg medical and surgical journal*. Le docteur Graves, conjointement avec le docteur Stokes, a inséré un mémoire *sur le gonflement douloureux des jambes, à la suite des fièvres*, dans le 5e volume du Journal intitulé : *Dublin hospital Reports*.

La maladie qui a le plus d'analogie avec cette espèce d'œdème est la *phlegmasia dolens*, qui se développe après l'accouchement, et qui n'attaque en général qu'une jambe. Les circonstances qui les différencient sont les suivantes : l'œdème qui survient après une affection fébrile (*fever*) n'a point la blancheur remarquable de la *phlegmasia dolens*; il n'est point aussi douloureux à la pression ou sans pression; il n'envahit pas ordinairement tout le membre comme la *phlegmasia*; enfin, sa marche est plus lente. Ces deux affections possèdent cependant des caractères communs : dans les deux cas, le membre est paralysé, tuméfié; sa température est élevée, la peau est décolorée; le tissu cellulaire sous-cutané est infiltré; dans les deux cas encore, les veines et les lymphatiques peuvent s'enflammer; les premiers vaisseaux s'oblitèrent, et il n'est pas rare de trouver la veine saphène réduite à un cylindre très-dur et sans cavité. On a regardé cette inflammation des veines comme la cause de cet œdème aussi bien que de la *phlegmasia dolens*. Mais le docteur Graves n'admet point cette opinion. Cette inflammation n'existe pas toujours; il a vu un cas d'œdème douloureux des deux jambes après une *affection fébrile* dans lequel l'une des deux saphènes était enflammée tandis que l'autre ne l'était pas. De plus, si l'inflammation veineuse et l'obstacle consécutif au cours du sang étaient la cause de l'œdème, celui-ci devrait se développer de bas en haut. Or, dans cette maladie, le gonflement commence par la partie supérieure du membre. Le docteur Graves a vu, dans des cas d'œdème des membres inférieurs, l'inflammation attaquer l'articulation fémoro-tibiale, aller jusqu'à l'*ulcération* des cartilages, et déterminer l'anky-

losé. Là, l'inflammation passait du tissu cellulaire sous-cutané à la synoviale, et même aux cartilages, laissant les veines intactes.

Cet œdème peut laisser après lui un gonflement permanent du membre affecté; aussi est-il une maladie assez grave. Il résulte des essais du docteur Graves que le meilleur traitement de cette affection douloureuse consiste à couvrir le membre malade de vésicatoires volans, successivement appliqués dans les différentes régions de ce membre.

EFFETS DE LA PEUR. — Le docteur Graves réunit sous ce titre plusieurs observations qui, bien qu'incomplètes, ne laissent pas que d'avoir quelque intérêt, et démontrent l'influence des impressions morales sur le développement des maladies.

VOMISSEMENS MORTELS. — Une dame âgée, peu robuste, souffrante depuis quelque temps, mais dans un état de santé qui pouvait faire espérer qu'elle vivrait encore une dixaine d'années au moins, ayant appris une nouvelle très-triste pour elle, fut prise d'une syncope soudaine, suivie de vomissemens; ces vomissemens durèrent plusieurs jours, plusieurs semaines; rien ne put les arrêter, et la malade mourut.

Une jeune personne, ayant vu le feu prendre à la maison de son père, fut prise tout-à-coup de vomissemens, qui laissèrent après eux une maladie organique de l'estomac, celle-ci se termina par suppuration; une quantité considérable de pus fut évacuée, et l'ulcère se cicatrisa. (1)

AFFECTIONS DU CŒUR. — Une jeune dame passant auprès d'une taverne où se trouvaient des soldats ivres, un de ceux-ci sortit avec un fusil chargé et fit feu tout près de son oreille. Elle en fut tellement effrayée qu'elle s'évanouit, et eut ensuite une attaque d'hystérie accompagnée de palpitations extrêmement violentes. Elle est morte depuis, offrant tous les signes d'une maladie du cœur. A l'autopsie, on trouva une hypertrophie générale de cet organe, et une altération très-étendue des valvules mitrales.

Une jeune personne s'étant enfuie avec son amant, son père et sa mère en furent si douloureusement affectés qu'ils moururent tous deux en moins d'un an, hydropiques et avec une affection du cœur.

NÉVROSES. — Le doct. Graves a eu occasion de voir une dame atteinte de *névralgie rachidienne* (spinal neuralgia), dont l'esprit et le corps étaient dans un état extrêmement pénible. Elle présentait plusieurs symptômes remarquables : si l'on exerçait une pression sur les apophyses épineuses des vertèbres cervicales, on déterminait une douleur qui se propageait le long des deux bras, jusqu'aux doigts; si l'on appuyait, entre les épaules, sur les vertèbres dorsales

(1) Cette observation se trouve avec plus de détails dans le *Dublin Medical Journal*, janvier 1833. Elle est présentée ici d'une manière beaucoup trop concise.

supérieures, on faisait naître de la toux et des palpitations. Plus bas, la pression donnait lieu à des éructations, à des nausées; de sorte qu'on pouvait agir sur différens organes suivant le point où l'on appuyait. Cette femme s'était rétablie trois fois, et avait eu trois rechutes causées par la frayeur. Sa frayeur était due à la détonation de pistolets, que des enfants avaient fait partir près de ses fenêtres.

Une jeune dame tomba dans un état d'irritation nerveuse telle que le plus léger bruit donnait lieu à des accès très-alarmans. Un coup de canon, ou un feu de joie, à l'occasion de la fête du roi d'Angleterre, causa sa mort.

INSUFFISANCE DES VALVULES DU CŒUR. — Voici quels sont les signes diagnostiques que le docteur Corrigan assigne à cette affection peu étudiée jusqu'à présent : « L'insuffisance et l'obscurité des symptômes généraux, dit-il, sont amplement rachetées par la certitude des signes physiques et stéthoscopiques, qui peuvent être ramenés aux trois chefs suivans : 1° pulsation visible des artères de la tête et des membres supérieurs; 2° *bruit de soufflet* dans l'aorte ascendante, dans les carotides et les sous-clavières; 3° Ce *bruit de soufflet* est accompagné d'un *frémissement* ou *sautillement* particulier perçu par le doigt, dans les carotides et les sous-clavières. On doit ajouter à ces signes, ceux que présente le pouls qui est invariablement *plein*. Quand un sujet atteint de cette maladie est dépouillé de ses vêtemens, les troncs arteriels de la tête, du cou, et des membres supérieurs, frappent soudain les yeux par leurs pulsations singulières. A chaque diastole, les artères sous-clavières, temporales, brachiales, et quelquefois les palmaires, s'élancent hors de leur situation et bondissent sous la peau. Cette *pulsation visible* est accompagnée d'un *bruit de soufflet*, comme il vient d'être dit, et, pour les artères qui peuvent être explorées avec le doigt, d'un *frémissement* ou *sautillement* qui se renouvelle à chaque diastole de ces vaisseaux. Ces trois signes sont liés si intimement avec les conditions pathologiques qui constituent cette maladie, qu'ils la dévoilent d'une manière certaine. » (1)

Le docteur Corrigan s'est peut-être trop hâté d'établir la certitude des signes physiques qu'il a décrits; le docteur Graves a donné des soins avec le docteur Stokes à un malade qui offrait les phénomènes indiqués ci-dessus au plus haut degré, en particulier le *bruit de soufflet*, le *sautillement* des artères, etc.; à l'ouverture du cadavre, on ne trouva aucune maladie des valvules aortiques, excepté deux points d'ossification situés le long du bord adhérent de ces valvules. En versant de l'eau dans l'aorte, par une ouverture pratiquée au-dessus des valvules, ces dernières se fermèrent si exactement qu'elles ne laissaient qu'une petite ouverture pouvant à peine admettre la tête d'une épin-

(1) V. *Archives*, décembre 1832.

gie, et par où l'eau s'écoulait goutte à goutte. De cette expérience il était permis de conclure qu'avant la mort l'occlusion était complète. Quoi qu'il en soit, il était évident que ce cas ne ressemblait en rien à ceux décrits par le docteur Corrigan. Un malade qui se trouvait à l'hôpital, au moment ou le docteur Graves parlait de ce sujet, offrit une réfutation des idées du D.r Corrigan : Le *sautillement artériel* était manifeste à l'un des bras, et nul à l'autre. Une dame, qui fut traitée par le docteur Graves pour une péritonite intense, présenta, pendant sa maladie, ce *sautillement* des artères, accompagné d'une pulsation visible des veines sur le dos de la main ; ces deux phénomènes disparurent entièrement, en même temps que l'inflammation péritonéale. Il résulte de ces faits contradictoires que les travaux du docteur Corrigan, tout intéressans qu'ils sont, ont besoin d'être renouvelés.

Fièvres intermittentes. — Saignée dans le stade de frisson. — Après avoir donné l'histoire d'une fièvre intermittente contre laquelle on avait employé successivement le sulfate de quinine, la saignée dans le stade de frisson, et la *liqueur arsenicale*, le docteur Graves se livre aux considérations suivantes :

Le sulfate de quinine eut pour effet de changer le type de la fièvre ; mais la *liqueur arsénicale* emporta complètement la maladie. Il est à remarquer toutefois que la saignée dans le stade de frisson avait déjà produit une amélioration considérable, et il est probable qu'elle favorisa la guérison définitive par l'arsénic. On a dit que la saignée, dans le stade de frisson, agit favorablement en faisant cesser la congestion intérieure. Cette hypothèse paraît peu fondée, car l'utilité de cette saignée n'est pas propre uniquement aux cas de fièvre intermittente dont le stade de frisson est accompagné d'une diminution notable de la circulation extérieure, annoncée par un visage retiré, un nez froid et pointu, une peau pâle et ridée. Ce défaut d'équilibre dans la circulation est loin d'exister dans tous les cas ; dans celui qui a suggéré ces réflexions, la température des parties extérieures s'élevait au moment où le frisson était le plus fort, et en même temps les membres, le visage et la surface entière de la peau paraissaient jouir d'une circulation plus abondante et plus active qu'à l'ordinaire ; nous devons donc rapporter le bienfait de la saignée à quelque autre cause, par exemple, à son influence énergique sur le système nerveux ; c'est sans doute par cette influence qu'elle fait cesser le frisson et qu'elle rend l'intermission plus longue.

La description suivante extraite d'une collection de *notices de la Russie* publiée dans le *United service journal* (janvier 1833), vient donner une force nouvelle à l'opinion de ceux qui croient que le frisson des fièvres intermittentes dépend principalement d'une affection du système nerveux.

« A Kasan, ces fièvres sont quotidiennes ou tierces, rarement quar-

tes ; elles diffèrent des fièvres intermittentes des autres pays en ce que les malades n'ont presque pas de frisson, mais éprouvent dans le rachis une sensation violente de *pincement* qui est promptement suivie d'une chaleur et d'une céphalalgie intenses, avec lesquelles coïncide un pouls qui bat *comme un marteau*. Les médecins de ce pays n'emploient pas d'autres médicamens que le quinquina. »

Dans cette contrée il ne pleut point depuis la fin de mai jusqu'au commencement de septembre ; la terre est fertilisée par le limon qu'y déposent les inondations annuelles du Wolga, semblables à celles du Nil. Quand les eaux du fleuve rentrent dans leur lit, elles laissent après elles de vastes étangs dans les endroits bas ; l'eau y séjourne, s'y corrompt et donne lieu à des fièvres dangereuses, en juillet et en août. Le gouvernement d'Ufa, en particulier, est visité à cette époque par une fièvre intermittente, dont *les accès se renouvellent tous les sept jours seulement*, et qui emporte presque toujours le malade ; c'est une nouvelle espèce de fièvre intermittente à ajouter à celles qui ont été observées jusqu'à ce jour.

Pathologie du système nerveux. — La citation suivante donnera une idée des opinions du docteur Graves sur ce sujet.

Il est tout-à-fait évident, dit-il, que plusieurs des faits cités par le docteur Rostan comme des exemples de paralysie causée par le *ramollissement* du cerveau, devraient être considérés plutôt comme des cas d'affection se propageant des extrémités du système nerveux au centre de ce système. Tel est le cas de la vieille femme, nommée Dassonville, rapporté par cet auteur. Elle avait éprouvé pendant un an de l'engourdissement dans les membres inférieurs, avec une diminution légère de leur puissance musculaire, de sorte qu'elle semblait plutôt traîner ses jambes que marcher. Pendant tout ce temps, son intelligence fut un peu affaiblie. Cette série de symptômes fut close par une inflammation évidente du cerveau, et la maladie se termina par le coma. Le docteur Rostan s'est assurément trompé, en attribuant les premiers symptômes à la même cause qui produisit les derniers.

Quoique nous ne puissions, dans cette circonstance, porter un jugement conforme à celui du docteur Graves, nous reconnaîtrons cependant avec lui qu'il existe beaucoup d'affections nerveuses dont le point de départ a été dans les extrémités du système nerveux. Parmi les faits cités par ce professeur, nous choisirons les deux suivans : Un jeune homme de 19 ans, ayant toutes les apparences de la santé, était atteint depuis quelque temps d'une légère paralysie du bras droit ; il éprouvait de temps en temps dans ce bras la sensation douloureuse toute particulière qui est causée par la compression d'un nerf. Au bout d'un certain temps, il s'aperçut que cette sensation coïncidait avec une vive douleur de la seconde dent molaire de la mâchoire inférieure du même côté. Il observa même que toutes les fois que la dent était pressée ou

irritée, la sensation du bras se manifestait. L'extraction de cette dent procura une guérison radicale de l'affection du bras.

Une femme eut une plaie contuse causée par la roue d'une voiture qui passa sur son pied, cette plaie se guérit. Deux mois après la cicatrisation, elle se plaignit de ce qu'elle appelait des douleurs rhumatismales dans les jambes; il est bon de noter que cette femme avait 45 ans, et qu'aucun membre de sa famille n'avait jamais présenté de symptômes épileptiques. Un matin, étant assise auprès du feu, elle éprouva une sensation extraordinaire dans la jambe blessée qui fut bientôt en proie à des mouvemens spasmodiques très-violens. Le soir du même jour elle sentit dans la cicatrice des picotemens qui montèrent le long du membre vers la tête, et aussitôt après, elle fut prise d'une violente attaque d'épilepsie. Peu à peu, les attaques devinrent extrêmement fréquentes, (cinq chaque soir); elles étaient constamment précédées par des picotemens dans la cicatrice. La maladie durait depuis quatre ans, lorsqu'elle consulta des commères qui firent appliquer un vésicatoire sur la cicatrice. Le résultat de ce vésicatoire fut de porter le nombre des attaques à quinze ou dix-sept chaque soir. Plusieurs médecins, consultés ensuite, épuisèrent la longue liste des médicamens anti-épileptiques, sans avantage. Le docteur Townsend prescrivit la ligature de la jambe au moment où *l'aura* se fesait sentir : ce moyen réussit parfaitement, et pendant quatre mois, cette femme n'eut aucune attaque. A cette époque se croyant guérie, elle négligea cette précaution. L'épilepsie reparut et le premier accès fut mortel.

Phlegmasia dolens. — Une femme nommée Hagerty fut atteinte de *phlegmasia dolens*, à la suite d'un accouchement. Outre cette affection, elle avait une inflammation de la muqueuse intestinale et de la muqueuse pulmonaire. Elle présentait les symptômes suivans : fièvre, vomissement, irritation de l'estomac, diarrhée abondante, tympanite, abdomen tuméfié avec turgescence des veines, toux continuelle et fatigante, etc.

Autopsie. — Sérosité abondante dans le péricarde; plèvre gauche adhérente dans toute son étendue; poumons sains, n'offrant qu'un peu d'œdème en arrière; bronches remplies par un liquide sanguinolent écumeux. Foie volumineux et gorgé de sang; rate tuméfiée, molle et presque en bouillie. La matrice n'offrait rien de notable, si ce n'est l'accumulation du sang dans les veines spermatiques qui étaient larges et tortueuses; les veines du mésentère étaient également remplies. La veine cave inférieure était saine jusqu'à sa réunion avec la veine rénale; au-dessous de ce point, ses parois étaient épaissies, et elle était remplie d'une substance fibrineuse qui variait pour la consistance et adhérait à la membrane interne du vaisseau. En découvrant la veine fémorale, on trouva le tissu cellulaire sous-cutané infiltré de sérosité,

Des vésicatoires, après l'emploi des sangsues, contre le rhumatisme arthritique ambulant.

Du *nitrate d'argent dans la diarrhée.*

Le docteur Graves donne d'excellens conseils sur *l'emploi de la lancette dans la pneumonie.*

Il a traité avec soin et détail de *l'emploi du mercure et de la salivation mercurielle, de la phthisie, de la sciatique, de la syphilis,* de la *réapparition de la sensibilité et du mouvement dans les parties, après la section du nerf* dont les ramifications se distribuent à ces parties. Sa dernière leçon contient, entr'autres choses intéressantes, un petit traité complet sur l'*emploi des ventouses sèches*, et des considérations sur le *danger des émissions sanguines dans la vieillesse, etc.* (*The London med. and. chir. journal*, session 1832-1833).

Thérapeutique.

Ablation de l'os maxillaire supérieur devenu cancéreux. — *Guérison.* Augustin (L.), âgé de 48 ans, marié, chapelier, d'un tempérament bilieux, est entré à l'Hôtel-Dieu de Lyon, le 18 mars 1832. A son arrivée, il nous offrit une tumeur inégale, bosselée, indolente même à la pression, du volume d'une pomme ordinaire, et située dans la région de l'antre d'Hygmore gauche. Cette tumeur, immobile et plus large à sa base qu'à son sommet tourné en dehors, existait depuis deux ans; lors de sa naissance, elle avait produit des étourdissemens très-fatigans pour le malade, qui cédaient facilement à l'usage de l'eau de vie ou d'arquebusade; six mois avant son entrée à l'hôpital, des picottemens profonds et une douleur réelle se déclarèrent dans le sinus maxillaire : ces symptômes furent bientôt suivis d'une tumeur qui parut s'élever de la partie supérieure de l'antre d'Hygmore, et qui finit par chasser l'œil de son orbite. A dater de ce moment la vue fut double du côté gauche, lorsque les deux yeux étaient ouverts en même temps. Ce fut alors qu'une inflammation s'empara du tissu cellulaire de la joue et se termina par suppuration; celle-là fut peu abondante et ne dura que quatre à cinq jours; à mesure que la tumeur fit de grands progrès, les parois antérieure, interne et inférieure fortement distendues, furent détruites; alors le globe de l'œil rentra dans sa cavité, les douleurs disparurent complètement; celles-ci furent remplacées par des hémorrhagies fréquentes, surtout quand le malade se couchait sur le côté gauche; l'une d'elles fut tellement copieuse, qu'elle donna des craintes sérieuses pour les jours du malade. Dès ce moment, le malade, qui avait déjà été soumis à divers traitemens, mais toujours inutilement, se décida à l'opération : celle-ci, conseillée plusieurs fois par M. Gensoul, fut faite par ce praticien habile, le 23 mars 1832.

Procédé. Avec un bistouri droit, M. Gensoul incisa la partie gauche

de la lèvre supérieure jusqu'à l'aile du nez; une autre incision, partant du même point, fut continuée jusqu'au milieu du muscle masséter. De ces deux premières incisions, il en est résulté le lambeau inférieur; le lambeau supérieur a été fait par le moyen de deux autres incisions, dont l'une longeait la partie gauche du nez jusqu'au grand angle de l'œil, et dont l'autre, s'étendant de là partie supérieure et interne du masséter, allait jusqu'à l'angle externe de l'œil. Ces deux lambeaux étant, l'un abaissé et l'autre relevé, l'opérateur promène un ciseau autour de la tumeur, frappe sur l'instrument avec un maillet en plomb, et finit par la détacher; de sorte que tout le maxillaire supérieur fut enlevé, ainsi qu'une partie de l'apophyse ptérygoïde du sphénoïde et les deux tiers antérieurs de l'os molaire; l'œil lui-même fut privé de son plancher. Beaucoup de vaisseaux ont été ouverts, mais ils ont donné peu de sang; une compression prompte et momentanée a suffi pour arrêter l'hémorrhagie. Avant d'en venir à la suture, on a laissé le malade couché une demi-heure sur un lit, et pendant ce temps-là il ne s'est point manifesté d'hémorrhagie. Après ce temps, les lambeaux furent mis en rapport par le moyen de la suture entortillée. — Le tissu de la tumeur, en partie lardacé, en partie fibreux, était en suppuration dans quelques points; il y avait confusion des parties dures avec les parties molles; au milieu de celles-ci se trouvaient beaucoup de fragmens osseux. Le jour même de l'opération, le malade éprouva de grandes douleurs dans la partie affectée; la première nuit fut un peu agitée, le pouls était plein, fort, et la peau chaude. Les jours suivans, les symptômes s'amendèrent, les douleurs diminuèrent, et disparurent entièrement au bout de deux ou trois jours. L'œil gauche conserva la faculté de voir, la paupière inférieure, d'abord abaissée, se releva peu-à peu, et reprit sa fermeté naturelle, ainsi que la joue. Trois jours après l'opération on enleva la première épingle, puis on continua à enlever chaque jour les autres. La cicatrisation fut parfaite, vingt ou vingt-cinq jours après l'opération, et ce fut à cette époque que le malade sortit de l'hôpital. La partie interne de la joue fournissait encore alors une petite quantité de pus. (M. E. J. Baudrillonet. *Observations pour servir au diagnostic et au traitement de quelques maladies*. Thèse: Montpellier, 1833.)

Compresseur de l'urètre dans l'incontinence d'urine. *Par le docteur Gio. Battista Chiesa.* — On sait combien les cas d'incontinence d'urine sont fréquens chez les vieillards. L'individu affecté de cette dégoûtante infirmité est obligé de porter à demeure un réservoir qui reçoit l'urine à mesure qu'elle s'écoule de l'urètre. Ce moyen est communément d'une application difficile, et nécessite des soins de propreté de tous les instans: en outre, il n'empêche pas qu'il s'exhale souvent une odeur urineuse repoussante. Le docteur Chiesa a cherché à remédier à tous ces inconvéniens à l'aide d'un petit instrument qui exerce conti-

nuellement sur le canal de l'urètre une pression modérée, mais suffisante pour s'opposer à l'épanchement de l'urine au dehors; son appareil ne cause aucune gêne, et ne s'aperçoit pas extérieurement, que l'individu marche ou soit assis : il consiste en un petit cercle d'argent presque elliptique, de manière qu'il s'adapte très-bien à la forme du pénis. La largeur de cet anneau est d'un demi pouce environ, son plus grand diamètre est d'un pouce et demi avec la garniture souple dont on le double. Il est formé de trois pièces réunies entre elles par charnière : celle du milieu est traversée à sa partie moyenne par une vis que surmonte, à l'intérieur de l'anneau, un bouton de métal garni mollement, à l'aide duquel on comprime l'urètre à volonté, en tournant plus ou moins la vis placée en dessous. Des deux autres compartimens de l'anneau, l'un passe au-dessus de l'autre, et est retenu au point convenable par une petite plaque dentelée dans les crenelures de laquelle passe un cordonnet. D'après cette disposition, l'anneau peut être proportionné au volume du pénis, et appliqué par le malade lui-même. (*Annali universali di med.*, n° de septembre 1833.) — Il serait à désirer que l'on eût joint un dessin de cet appareil à la description que nous venons de transcrire, parce qu'elle ne sera peut-être pas très-bien comprise dans tous ses points.

Obstétrique.

Compte-rendu des accouchemens qui ont eu lieu a l'hopital de Wellesley, a Dublin, pendant l'année 1832; *par Henri Maunsell, membre du collège royal des chirurgiens, en Irlande.* — Le nombre total des femmes enceintes reçues dans l'hopital de Wellesley, depuis le premier janvier 1832, jusqu'au premier janvier 1833, s'élève à 442. De ce nombre, dix-neuf ont avorté, ce qui réduit le nombre des accouchemens à quatre cents vingt-trois. Le nombre des enfans nés a été de quatre cents trente et un, à cause de huit grossesses doubles, qui se sont présentées. Le rapport de sexes entre les enfans a été de 211 garçons et de 220 filles. (1) Ce rapport est en opposition

(1) Le docteur Rutty, dans son Histoire de Dublin, donne trois tables de naissances. Dans la première, qui comprend depuis 1699 jusqu'à 1723, les naissances mâles ont été aux naissances femelles, dans les mêmes rapports que vingt est à seize. La seconde, qui s'étend depuis 1723 jusqu'en 1757, nous montre un rapport égal entre les naissances des garçons et celles des filles; car il naquit dans ces temps 24,274 garçons et 24,239 filles. Dans le troisième tableau, qui comprend depuis 1757 jusqu'en 1780, le nombre des filles l'emporta sur celui des garçons, car il y eut 13,607 naissances de filles sur 12,467 de garçons. Le docteur Rutty attribue cette différence à l'usage des spiritueux qui s'est établi dès l'année 1724, et qu'il regarde comme contraire à une propagation vigoureuse.

avec les calculs de Sir Taylor qui avait établi que le rapport des naissances entre les garçons et les filles, était comme 105 est à 100. 43 enfans sont morts nés. C'est un sur dix. Il est important de noter que la plupart de ces enfans n'avait pas acquis tout leur développement, et que d'un autre côté, ils portaient des traces de syphilis, ou bien qu'ils étaient nés de mères qui avaient eu précédemment des avortemens, ou qui avaient eu des accouchemens prématurés, par suite de l'infection syphilitique.

Ces 442 femmes, pouvaient être ainsi divisées, relativement à l'âge: 23 femmes au-dessous de 20 ans; 121 de 20 à 25; 175 de 25 à 30; 80 de 30 à 35, et 43 de 35 à 45 ans.

La durée du travail a été de 6 heures et au-dessous dans 200 accouchemens, de 6 heures à 12 dans 146, de 12 à 18 dans 35 accouchemens, de 18 à 24 dans 84, de 24 à 48 dans 15, de 60 dans 2, et de 72 dans 1.

Dans les 415 accouchemens simples, il y en a eu 401 de naturels; deux fois il y a eu présentation de la face. Six fois la face a répondu aux pubis. Sept fois les extrémités inférieures se sont présentées les premières, quatre fois les supérieures, deux fois le placenta s'insérait sur le col de l'utérus; et enfin il y a eu un cas de procidence du cordon ombilical.

Dans les huit grossesses doubles, la présentation a été quatre fois naturelle; dans deux cas, le premier enfant s'est bien présenté, et le second s'est offert avec les extrémités inférieures; dans deux autres cas, le premier enfant s'est présenté les extrémités inférieures les premières, et le second naturellement. Dans trois accouchemens il n'y a eu que des filles, dans trois autres, il n'y a eu que des garçons. Dans les deux derniers, il y a eu et garçons et filles.

Le perforateur n'a été employé que deux fois; dans trois cas, des pertes graves se sont déclarées après la sortie de l'enfant, les femmes cependant se sont rétablies. Dans six accouchemens, il y a eu rétention du placenta, ce qui a nécessité son extraction artificielle.

De ces quatre cent quarante femmes, soixante et dix avaient eu précédemment des avortemens. Ce nombre, quoique considérable, serait encore au-dessous de celui qu'on doit établir sur les avortemens qui ont lieu dans la classe inférieure de Dublin. L'extrême fréquence de cet accident peut être jusqu'à un certain point attribuée aux mœurs dissolues des pauvres, aux nombreuses privations et aux fatigues auxquelles ils sont exposés.

Dans l'un des cas où le perforateur a été employé, la femme n'a éprouvé aucun symptôme fâcheux et s'est rétablie. Elle était extrêmement difforme et avait eu un travail de soixante-douze heures. La seule circonstance à noter, c'est le dégagement de gaz qui s'est fait abondamment de l'utérus pendant et après la délivrance. Dans le

second cas, le résultat n'a pas été aussi favorable. La face de l'enfant était tournée vers le pubis, son corps était très-gros. Cependant la femme était bien conformée et seulement âgée de trente-trois ans, elle avait eu quatre enfans vivans, et nous étions loin de prévoir un semblable résultat au commencement du travail. La seule circonstance défavorable qui se soit montrée plusieurs jours avant l'accouchement, était une constipation opiniâtre, qui a résisté jusqu'à la fin à l'emploi des purgatifs. L'opération n'a été entreprise qu'après un travail de trente heures, lorsque la malade a été subitement prise d'agitations, accompagnées de fréquence dans le pouls, d'une douleur aiguë dans l'abdomen et de vomissemens. La tête de l'enfant était placée si haut, qu'elle échappait à l'action du forceps. D'ailleurs, son application était contre indiquée par l'état d'irritation du vagin. L'opération, faite heureusement, n'apporta aucun soulagement, et les symptômes énoncés acquirent plus d'intensité, les déjections alvines ne se montrèrent point, et la femme mourut trente heures après sa délivrance. Des sangsues furent appliquées sur le bas-ventre, des purgatifs composés de calomel et d'opium furent administrés. On ne put pas obtenir l'ouverture du cadavre.

La présentation des extrémités inférieures n'a rien offert de remarquable dans l'accouchement. Presque tous les enfans qui sont ainsi nés étaient venus prématurément.

Dans les quatre présentations du bras, la version a été pratiquée deux fois, les deux enfans étaient morts. Dans l'un de ces cas, l'accouchement avait d'abord été confié aux soins d'une sage-femme ignorante, le bras était poussé au dehors du vagin, depuis six heures, lorsque la femme fut apportée à l'hopital. Toutes les douleurs avaient cessé, cependant la main éprouva de grandes difficultés pour pénétrer dans la matrice, dont les parois étaient étroitement appliquées sur l'enfant; mais en persévérant avec ménagement, on parvint à amener à l'orifice les pieds: les douleurs survinrent, et achevèrent l'expulsion. Dans le second cas, les membranes avaient été rompues quelques heures auparavant, au milieu de fortes douleurs. Soixante gouttes de laudanum furent données, et calmèrent un peu les contractions de l'uterus. La version put être opérée avec quelques difficultés. Dans les deux autres cas de présentation du bras, l'évolution spontanée a eu lieu. Dans le premier, observé par M. Churchil, l'enfant paraissait de grandeur naturelle. La femme assurait qu'elle était dans la dernière quinzaine de sa grossesse.

Dans le second cas, l'enfant naquit vivant. Il ne paraissait être que de sept mois; la mère ne comptait elle-même que six mois. Au moment où je fus appelé, le bras pendait hors du vagin depuis quelques heures. Il était froid et livide. Bientôt après mon arrivée, de violentes douleurs survinrent, les fesses furent poussées dans le bassin, et l'en-

fant fut expulsé en double suivant la marche ordinaire de la nature. Le placenta suivit de près le fœtus, car on n'eut pas le temps de couper le cordon. L'enfant ne donna aucun signe de vie, et fut jetté avec le délivre dans un coin de la chambre. Mais arrivant à l'examiner, je fus tout surpris de sentir son cœur battre : il a encore vécu trente-quatre heures. Devant un semblable fait, il est inutile de rappeler la nécessité de porter toute notre attention sur les enfants nouveaux-nés, et de persévérer dans nos efforts pour les ramener à la vie.

Les deux exemples d'insertion du placenta sur le col de la matrice sont très remarquables. Dans l'un, la femme touchait au huitième mois de sa grossesse, elle était d'une constitution délicate, et avait avorté deux fois. Cinq semaines avant d'entrer à l'hopital, elle avait une perte abondante. Elle était livrée alors à un travail qui l'obligeait de se tenir toujours debout, ce qui ne contribua pas peu à favoriser le retour des pertes de sang qu'elle éprouva souvent. Le 24 mai, étant entrée à l'hôpital, elle fut prise d'une violente hémorrhagie, qui dura plus d'une heure. Elle avait de la chaleur, un pouls vif, mais sans les plus légères douleurs utérines. Le vagin était tellement sensible, qu'on eut quelque peine à soumettre la femme à l'exploration. Le col de l'utérus ne pouvait pas être senti. Le repos absolu fut recommandé, et des applications froides furent faites à la vulve et à la région inférieure du bas-ventre, une mixture acide fut prescrite.

Par ces moyens, l'hémorrhagie fut arrêtée ; pendant quelques heures à la suite d'un léger effort, il sortit du vagin un fort caillot de sang, et cette expulsion fut accompagnée de légères douleurs dans les reins. Immédiatement après le pouls devint faible et s'éleva à cent-trente pulsations, et la femme s'affaiblit rapidement, quoiqu'il y eût à peine écoulement sanguin durant le jour suivant et la nuit du 25. Le 26 dans la matinée, un léger retour de perte eut lieu, et se termina par la mort. L'autopsie cadavérique nous montra l'enfant dans sa position naturelle, et entouré à peine d'une pinte de la liqueur amniotique ; le centre du placenta était attaché sur l'orifice utérin et présentait une déchirure de peu d'étendue, et telle qu'elle aurait pu être produite par quelque chose qui aurait été poussée dans sa substance, à travers le col de la matrice. L'orifice utérin était légèrement dilaté, et le vagin était contracté dans une grande étendue.

J'avouerai que j'ai conservé beaucoup de doute sur la pratique que réclamait cet accident. L'extrême sensibilité du vagin, l'irritabilité extraordinaire de la patiente, nous ont détourné de toute tentative à l'introduction de la main dans le vagin ; et comme l'écoulement continuait à être peu marqué, je ne pensais pas à employer le tanponement. Si aujourd'hui un pareil cas s'offrait à moi, je tenterais ce dernier moyen, avec l'espérance de voir le tampon arrêter l'hémorrhagie pour un temps, et provoquer la dilatation du col de l'utérus.

Dans le second exemple de présentation du placenta, le résultat a été beaucoup plus favorable. Sarah Duncan, âgée de 24 ans, fut visitée par M. Merton, l'un des élèves de l'hôpital. Il trouva le col utérin très dilaté et les eaux de l'amnios écoulées, le rebord du placenta se présentait, ainsi qu'un pied de l'enfant, qui était entre lui et le contour de l'orifice utérin. A travers la substance du placenta, on pouvait sentir un corps solide et résistant, qui était le second pied. Des douleurs survinrent si promptement que M. Morton n'eut pas le temps de demander du secours à l'hopital, et presque immédiatement après son arrivée, le pied qu'il avait senti au-dessus du placenta, avait été poussé à travers cet organe, au milieu d'un ruisseau de sang, qui jusqu'à ce moment ne s'était pas montré. D'autres douleurs se succédèrent rapidement, et le placenta fut entièrement expulsé, avec le membre de l'enfant passé à travers sa substance. Les fesses s'engagèrent dans le col de l'utérus, et l'hémorrhagie cessa, à l'expulsion du fœtus. Il était vivant, mais il expira peu de temps après.

Les accouchemens composés ont été peu remarquables : dans l'un, qui était prématuré, nous avons trouvé un des fœtus acephale. Dans un autre, la naissance du premier a précédé de cinq heures celle du second. Dans ce dernier cas, les membranes avaient été rompues, et le seigle ergoté avait été donné. Dans les trois cas où l'hémorrhagie s'est montrée, on a pratiqué avec succès la compression de l'utérus et les frictions sur la région de cet organe. L'introduction de la main dans la matrice n'a jamais été nécessitée. Dans un de ces cas, l'hémorrhagie n'est arrivée que trois heures après la délivrance, le placenta avait été naturellement expulsé, et l'utèrus était bien revenu sur lui-même.

Un cas d'hydatides s'est montré cette année dans l'hôpital. La femme qui nous a offert cet exemple était âgée de 28 aus, elle entra à l'hôpital le 21 décembre pour une hémorragie utérine à laquelle elle était sujette depuis neuf semaines, elle se supposait elle-même enceinte depuis trois mois. Elle fut visitée, des douleurs survinrent bientôt après, et expulsèrent plus d'une pinte d'hydatides, enveloppées dans une membrane et atttachées à une espèce de placenta dégénéré.

Nous possédons trois exemples de menstruation existant durant toute la grossesse. Dans l'un de ces cas, l'écoulement du sang avait lieu régulièrement tous les 28 jours, et la femme ne pouvait pas le distinguer des règles. Elle était âgée de 36 ans et avait eu des enfans, mais on n'a pas pu apprendre quel avait été l'état de la menstruation dans ses précédentes grossesses.

Nous avons encore à noter l'exemple d'un écoulement prématuré de eaux de l'amnios.

Au 15 décembre, une femme sentit, dans un accès de toux, les mem-

branes se déchirer et les eaux s'échapper; elles continuèrent à couler jusqu'au 23 décembre, époque où le travail de l'enfantement se manifesta. Le fœtus arriva au monde, vivant.

Des quatre femmes qui sont mortes cette année, nous n'avons parlé que de deux; il nous reste à rendre compte de la mort des deux autres. L'une de ces dernières succomba à une attaque d'apoplexie, et avec les circonstauces suivantes :

Une jeune femme, faible d'esprit, et non mariée, entra en travail de son premier enfant. Les donleurs furent vives, et elle fut délivrée en moins de douze heures. Vers la fin de la dernière période du travail, elle se plaignit d'une forte douleur à la tête, mais lorsque l'accouchement fut terminé, elle s'informa du sexe de l'enfant et bientôt après elle s'endormit. Deux ou trois heures s'étaient écoulées, lorsque ses amies observèrent qu'elle avait une respiration stertoreuse, et qu'on ne pouvait la réveiller. Elle fut saignée, mais sans succès, et mourut peu d'heures après. L'autopsie fut faite. Les deux ventricules du cerveau étaient distendus par du sang coagulé. Une grande quantité de sérosité était répandue à la base du crâne; on ne put découvrir le vaisseau rompu.

La quatrième femme que nous avons perdue est morte du choléra. C'est le seul cas où nous avons vu cette cruelle maladie se présenter avec l'accouchement, malgré les ravages de ce fléau dans notre ville durant tout l'été et l'automne. Cette femme était à son huitième accouchement, et son mari avait été victime du choléra quatre ou cinq jours avant. C'est au milieu des crampes et des vomissemens qu'elle mit au monde, après huit heures de souffrance, un enfant mort. Elle commença alors à s'affaiblir : il ne survint aucune contraction pour l'expulsion du délivre. Ses extrémités devinrent froides et bleues, et elle mourut quatre heures après sa délivrance.

Le seigle ergoté a été souvent mis en usage, et lorsqu'il était récent, il produisait invariablement la contraction utérine. Plusieurs exemples ont été recueillis et constatent l'efficacité de ce médicament. Nous ne les rapporterons pas, car ils nous ne apprendraient rien de nouveau, après tout ce qui a été publié sur ce sujet. Nous avons généralement administré le seigle ergoté sous forme d'infusion, (un demi-drachme dans une tasse à thé d'eau bouillante à laquelle on ajoutait uu peu de lait.)

La question que j'ai voulu éclairer est relative à l'état du pouls durant la gestation. Parmi quarante-huit femmes enceintes prises indistinctement, la plupart dans le huitième ou neuvième mois, le pouls, chez trente-deux, s'est élevé à plus de cent pulsations. Dans plusieurs à cent vingt, et dans une à cent quarante-quatre. Cette excitation extraordinaire dans la circulation mérite d'être étudiée. On a dit que nous avions dans le sthétoscope un moyen certain pour re-

connaître la mort du fœtus et pour nous guider dans les opérations. Comme le soufflet placental n'est pas un signe suffisant de la vie du fœtus, nous avons seulement pour notre diagnostic les battemens du cœur de l'enfant. Pour les distinguer des pulsations qu'on peut entendre dans le bas-ventre de la mère, il suffit de les compter, car les pulsations du fœtus sont doubles à celles que fournissent les vaisseaux de la mère ; mais je voudrais bien savoir comment l'oreille peut saisir et même entendre dans la matrice les battemens du cœur, qui doivent s'élever à 248 par minute? ainsi que cela aurait pu arriver chez la femme où j'ai compté 144 pulsations.

En faisant ces remarques, je n'ai point voulu déprécier l'auscultation, comme ressource dans la pratique des accouchemens. Dans plusieurs cas d'investigation, elle est pour nous un moyen précieux ; mais je pense que des erreurs graves seraient commises si on était persuadé que la mort de l'enfant peut être positivement reconnue par le sthétoscope. Si, après avoir entendu les pulsations du cœur de l'enfant, on cessait de les appercevoir, il ne faudrait pas conclure que l'enfant ne vit plus ; car il m'est arrivé souvent de ne plus entendre les battemens de son cœur qui étaient auparavant très-sensibles à l'oreille, et les voir plus tard reparaître. (*The Edinbourg medical and surgical Journal ; october 1833.*)

Académie royale de Médecine.

Séance du 23 novembre. DISCUSSION DU PROJET DE LOI SUR L'ORGANISATION DE LA MÉDECINE. — M. Double, rapporteur, répond par un discours écrit aux objections faites dans la séance précédente à l'institution de trois Facultés. Suivant lui cette institution rendra plus faciles, moins dispendieuses, les études de la médecine. Le trop grand nombre d'élèves à Paris lui semble un grave inconvénient pour les études anatomiques et cliniques. Sans doute aucune ville ne présente autant d'avantages que Paris, ce n'est pas à dire que beaucoup d'autres villes en France ne puissent avec succès être le siège de Facultés. M. Double invoque à ce sujet les exemples d'Oxford, d'Edimbourg, de Leyde, de Berlin, de Pavie, et cite les noms de Morgagni, Sœmmering, Scarpa, Meckel, comme prouvant que de grands médecins peuvent sortir d'écoles situées dans des villes de médiocre étendue. Plusieurs de nos grandes villes offrent d'ailleurs des nombreuses ressources scientifiques et de vastes hôpitaux. M. le rapporteur reconnait que les vues émises par M. Adelon sur les écoles préparatoires sont sages et méritent d'être

prises en considération; mais elles ne sont pas absolument opposées à l'institution de trois nouvelles Facultés. Enfin, dans la proposition de nouvelles Facultés, la commission peut s'appuyer sur d'imposantes autorités; puisque toutes les personnes qui se sont occupées de l'organisation de l'enseignement médical en France, ont émis le même vœu: Condorcet et Vicq-d'Azyr voulaient cinq Facultés; Chaptal, en 1825, en proposait six à la chambre des pairs; la commission des médecins de Paris assemblée à l'hôtel-de-ville en 1829, en demande cinq; l'auteur d'un mémoire sur la meilleure organisation de la médecine, M. Stoeben en demande également six.

Plusieurs membres demandent en vain la parole pour répondre à M. Double. Le président déclare que la discussion a été close dans la séance précédente. Après une discussion des plus orageuse, sur les amendemens à mettre aux voix avant l'article de la commission, et sur la régularité du vote, discussion dans laquelle le president M. Marc, cède de fatigue le fauteuil à M. Orfila vice-président, cet article est déclaré adopté.

Séance du 26. CONTINUATION DE LA DISCUSSION SUR L'ORGANISATION MÉDICALE. — Sur la proposition de M. Villeneuve, l'académie décide l'impression du discours lu par M. Double dans la dernière séance.

M. le président met en discussion la dernière partie de l'article 5, où il est dit que *les écoles secondaires de médecine actuelles seront maintenues, mais que les inscriptions qui y seront prises ne compteront que pour moitié de celles prises dans les Facultés*. M. le rapporteur ajoute que la pensée de la commission est que ces écoles secondaires soient non-seulement maintenues, mais augmentées en nombre. plus complètement organisées, et que lors du passage de leurs élèves dans les Facultés, ces élèves subissent des examens d'après lesquels sera déterminé le nombre d'inscriptions que leur vaudront leurs études dans les écoles secondaires.

M. P. Dubois remarque que la question principale faite par le ministre est celle de savoir s'il y a lieu d'augmenter le nombre des écoles secondaires de médecine. Pour que l'académie réponde avec connaissance de cause à cette question, il lui importe de savoir combien il y aujourd'hui d'écoles secondaires en France, en quelles villes ces écoles sont situées, quels sont les cours qui y sont faits, etc. Il prie M. le rapporteur de donner sur les questions qu'il vient de poser tous les renseignemens nécessaires.

M. Double répond, que, comme la question posée par le ministre sur l'augmentation possible des écoles secondaires de médecine se rapportait surtout au système dans lequel on avait conservé deux ordres de médecins, la commission, par cela seul qu'elle n'avait plus admis qu'un seul ordre de praticiens, n'a pas cru devoir faire une étude approfondie des écoles secondaires actuelles.

M. Velpeau, comme M. P. Dubois, s'étonne que la commission propose la conservation des écoles secondaires actuelles, sans s'être enquis de leur nombre, des lieux où elles sont situées, de leur régime.

M. Adelon repousse la fin de non recevoir qu'a présentée M. Double pour justifier son silence sur les écoles secondaires. La commission avait annoncé qu'un moyen de suppléer au vide qui va résulter de la suppression des officiers de santé, était de *multiplier les foyers d'instruction médicale, et d'en placer dans les lieux qui géographiquement en étaient susceptibles*. La commission ne peut croire avoir rempli cet objet par la création de trois nouvelles Facultés, et à ce titre seul la question des écoles secondaires devait plus encore appeler son attention. M. Adelon expose qu'il y a maintenant en France deux enseignemens médicaux; un *supérieur*, exposé par trois Facultés; et un *secondaire*, dû à 18 écoles secondaires, 5 hôpitaux d'instruction de marine et 4 hôpitaux d'instruction militaire; en tout 27 enseignemens secondaires. La question véritable qui occupe l'académie depuis plusieurs jours, était de savoir sur lequel de ces deux enseignemens devraient surtout porter les augmentations. Selon M. Adelon, il était plus utile de perfectionner l'enseignement secondaire; et c'est à ce but que tendait la proposition qu'il avait faite dans la séance précédente. Malheureusement, la clôture a été prononcée avant qu'il ait pu développer les raisons qui militaient en faveur de son système, et l'académie, en votant la création de trois nouvelles Facultés, s'est prononcée pour l'augmentation du haut enseignement. Par cette décision, elle s'est à peu près enlevé tous moyens de perfectionner les écoles secondaires, et d'ajouter à leur nombre. En effet l'argent qui aurait pû être employé à ce résultat sera consommé et au-delà par l'institution de trois nouvelles Facultés. La dépense annuelle d'une Faculté est à peu près de 300,000 francs; les 6 Facultés coûteront donc 1,800,000 francs. Cette somme est bien supérieure à celle que rapportent pour frais d'inscription et de réception les docteurs gradués chaque année; on a vu que leur nombre n'était que de 400, et puisque chacun paye 1,000 francs, on voit qu'il faudrait en graduer chaque année 1,800 pour arriver à la somme de 1,800,000 francs. M. Adelon s'étonne que M. le rapporteur, qui a présenté comme étant presque parfait le travail de M. Daunou sur l'enseignement de la médecine, ait cependant fait adopter à l'académie un système contraire; Daunou ne voulait que trois grandes écoles ou Facultés, et 23 écoles secondaires. Il termine en demandant le renvoi de l'article à la commission. — M. Double reconnait la nécessité de ce renvoi, qui est ordonné par l'académie. Est envoyée aussi à la commission la proposition que fait M. Lodibert, qu'il soit institué dans les circonscriptions de chaque Faculté une école secondaire au moins, et trois au plus, et que des écoles préparatoires de pharmacie soient annexées à ces écoles secondaires.

M. le président met en discussion l'article 6 qui établit *qu'un tiers de médecins, pris dans la ville où siège la Faculté et dans la banlieue, devra nécessairement être introduit dans les jurys de réception des Docteurs en médecine et en chirurgie.*

Cet article est combattu par MM. Velpeau, Bouillaud, Adelon, Roux, J. Cloquet, Piorry, qui doutent que la majorité des médecins exclusivement livrés à la pratique de l'art, ayant oublié de leurs études scolaires tout ce qui n'a pas immédiatement trait à cette pratique, soit apte à remplir de semblables fonctions, qui sont les plus difficiles peut-être du professorat. M. Adelon montre que le corps enseignant actuel offre toutes les garanties désirables, et voit de nombreuses difficultés d'exécution dans la proposition de la commission. Comment le choix des juges étrangers sera-t-il fait? Quel moyen aura-t-on de s'assurer de leur exactitude? M. Pelletier, membre de la commission, déclare qu'il n'avait pas entendu la proposition comme l'a fait M. le rapporteur; il est convaincu pour sa part, en ce qui concerne les examens de pharmacie, que les hommes qui s'occupent continuellement de la science et de l'enseignement sont seuls aptes à examiner les élèves. — M. Double se fait fort d'interroger sur quelque matière que ce soit des élèves soumis à son examen, et pense qu'il n'est personne dans l'académie qui n'en puisse faire autant. M. Collineau est du même sentiment. M. Renauldin pense que les examens, tels qu'ils se font aujourd'hui, ne présentent pas assez de garanties, et que la mesure de la commission a pour but et aura pour effet d'ajouter à ces garanties. L'introduction de médecins étrangers à la Faculté n'a-t-elle pas lieu dans les jurys pour les concours relatifs aux chaires des professeurs?

M. Delens appuie le principe de l'admission de médecins étrangers dans les jurys d'examen. Ce principe est suivant lui la conséquence du principe de la liberté d'enseignement. — La discussion est renvoyée à la séance prochaine.

Séance du 30 novembre. — CONTINUATION DE LA DISCUSSION. — M. Amussat soutient le principe de l'introduction de juges étrangers aux Facultés dans les jurys de réception; il est certainement possible de trouver de bons examinateurs en dehors des professeurs; seulement les juges qui seraient choisis devraient être affectés à des examens déterminés en raison de leurs spécialités, et il faudrait qu'ils composassent les deux tiers du jury; on pourrait en prendre la moitié dans l'Académie, et l'autre moitié dans les médecins de la ville. — M. Villeneuve appuye la proposition de M. Amussat, et fait remarquer que déjà l'Académie est divisée en 11 sections. M. Castel au contraire pense que des médecins étrangers à l'enseignement ne seront jamais d'aussi bons examinateurs et d'aussi bons juges que des professeurs: le point important est de bien composer les Facultés; tout ce qu'on peut faire

est de statuer que, pour la thèse, les juges seront tous pris en dehors du corps enseignant.

M. Moreau reproduit l'opinion qu'il n'est pas aussi facile qu'on le dit d'être bon examinateur; il rappelle qu'un honorable membre de l'Académie, lors de la création des agrégés, appellé par suite de cette fonction au rôle d'examinateur, le trouva si difficile qu'il crut devoir donner sa démission; sans doute l'Académie peut fournir un grand nombre de juges dignes; mais l'académie ne siége qu'à Paris : qui la remplacera dans les cinq autres villes où seront des Facultés ? M. Lodibert, pour appuyer la proposition de l'introduction de juges étrangers dans les jurys, rappelle que c'est ce qui se faisait en France avant la révolution, dans les colléges de médecine, et c'est ce qui se fait encore en Angleterre. — M. Loiseleur Deslonchamps ajoute que les institutions médicales anciennes étaient, sous beaucoup de rapports, comme sur celui-là, beaucoup plus libérales; puisque le corps des médecins nommait lui-même son chef sous le nom de doyen, élisait chaque année les professeurs, etc.

M. Adelon refute divers argumens des partisans de la commission. Du reste, il acceptera le nouveau mode qu'on propose, si on lui en démontre les avantages; et pour mettre fin à ce long débat, il prie instamment M. le rapporteur de les énumérer nettement. M. P. Dubois joint ses vœux à ceux de M. Adelon.

M. Double prétend que ce n'est pas à lui à exposer les avantages de la proposition, mais aux adversaires de cette proposition à prouver ses inconvéniens. Du reste, c'est une vérité palpable que le corps pratiquant a intérêt à savoir si, par de bonnes ou mauvaises réceptions, on lui donne de bons ou d'indignes collègues; et sans contredit le meilleur moyen pour lui d'obtenir cette assurance est d'y concourir.

M. Dupuy propose un système analogue à celui de l'école polytechnique, c'est-à-dire que les examens soient faits par un jury de fonctionnaires institués exprès à cet effet, et au nombre de 10.

M. Villeneuve annonce vouloir répondre au vœu de M. Adelon, c'est-à-dire, énumérer les avantages de l'adjonction de juges étrangers pour les examens : 1.° cela diminuera la responsabilité que les réceptions font poser sur les professeurs des Facultés; 2.° cela affranchira la récipiendaire des préventions auxquelles l'expose la variété des doctrines adoptées par les professeurs des Facultés : n'a-t'on pas vu jadis *Van-Swiéten* refusé à un examen, parce qu'il professait d'autres principes médicaux que son examinateur? M. Bouillaud répond que le nombre des examinateurs, qui est de 48, est suffisant pour que toutes les doctrines médicales aient des représentans dans les jurys d'examen; il ajoute qu'à la Faculté de Paris, on a le bon esprit de moins s'attacher aux doctrines qu'aux faits. M. Adelon de son côté remarque que M. le rapporteur n'a pas répondu à son interpellation; à

tort, M. Double a prétendu qu'il n'était pas obligé de justifier la mesure proposée par la commission ; puisque la commission propose de changer sous ce rapport la législation actuelle, c'était à elle à dire les inconvéniens de cette législation, et à prouver les avantages de la nouvelle qu'elle propose : au lieu de cela, M. Double s'est borné à en appeler à un *besoin généralement senti*, et à citer des autorités. Or, on pourrait, dit M. Adelon, en citer de contraires : dans les temps anciens, temps dans lesquels tous les médecins participaient aux réceptions, celles-ci étaient-elles meilleures? Quant aux avantages développés par M. Villeneuve, M. Bouillaud a déjà répondu à l'un, et dans l'autre il n'est question que de l'intérêt des professeurs. Ainsi, il reste constant qu'on n'a pu indiquer encore aucun des avantages qu'on espère de la mesure proposée. M. Renauldin dit qu'on ne peut au moins récuser celui de faire faire des examens par des hommes exclusivement praticiens, et qui conséquemment imprimeront à ces examens un caractère plus pratique. M. Adelon rappelle à M. Renauldin que sur les cinq examens exigés par la loi, trois sont essentiellement pratiques, et qu'à ces examens sont affectés les professeurs auxquels sont confiées les chaires de pratique; il lui demande s'il pourrait trouver des praticiens plus exercés que les Dupuytren, Marjolin, Roux, Chomel, Fouquier, etc. Les professeurs, ajoute-t-il, parce qu'ils sont professeurs, cesseront-ils de faire partie du corps pratiquant ?

La clôture est demandée : M. Velpeau parle contre la clôture ; l'Académie, dit-il, semble se partager en amis et ennemis de la Faculté ; lui ne se rangera d'aucun côté, mais il rejettera la mesure proposée, parce qu'elle n'améliorera pas les réceptions. — M. Double lui oppose ses propres paroles ; M. Velpeau a dit que les examens actuels des Facultés étaient mauvais ; on les rendra meilleurs en introduisant dans les jurys un certain nombre de médecins étrangers. M. Velpeau a dit encore que les candidats repoussés par une Faculté allaient chercher des juges plus complaisans dans une autre, et étaient toujours sûr d'en trouver ; or, l'adjonction de médecins étrangers remédiera à cet inconvénient.

La clôture est prononcée, la priorité est donnée à la proposition de la commission, sur les deux propositions diverses faites par MM. Castel et Dupuy; elle est adoptée par l'Académie. La compagnie est consultée ensuite sur la question de savoir si les juges étrangers adjoints seront dans la proportion des deux tiers, de moitié ou d'un tiers ; et elle décide à 35 voix contre 27, que les juges adjoints seront pour moitié dans le jury.

Séance du 3 décembre. — Lettre de M. le docteur De Serin du département de l'Yonne, qui déclare n'avoir jamais entendu dire à Chaussier la phrase attribuée à ce président des jurys dans le rapport, et qu'on a dit à tort avoir été imprimée par lui dans un ou-

vrage. — M. Double assure avoir lu cette phrase dans l'une ou l'autre des 300 brochures qu'il a été obligé de lire, et il répète d'ailleurs l'avoir entendu lui-même proférer à Chaussier.

M. le président met en discussion l'art. 7 du projet ainsi conçu : « Les Conseils généraux de département pourront faire à volonté, » soit en totalité, soit en partie, les frais des études et de la réception » d'un ou de plusieurs docteurs, à la charge par ceux-ci, de fixer » leur domicile durant un temps déterminé dans la commune du dé» partement que le Conseil général aura assignée d'avance. Les doc» teurs placés dans cette catégorie ne pourraient être libérés de leur « engagement qu'en restituant les sommes reçues. »

MM. Castel et P. Dubois représentent l'article comme inutile, les Conseils généraux ayant déjà le droit qui leur est affecté par cet article ; il suffisait de le remplacer par une exhortation insérée dans le texte du rapport. M. Castel ajoute qu'il est mal de désigner d'avance la commune où devra résider le docteur gradué aux frais du Conseil, attendu que des changemens survenus pendant la durée des études du docteur peuvent rendre inutile son placement dans la commune désignée. Enfin, il trouve trop peu libérale la disposition de la restitution des frais faits, dans les cas où le docteur n'accepterait pas la résidence qui lui serait assignée par le Conseil. — M. Velpeau combat aussi l'engagement imposé au docteur d'aller se fixer dans la commune qui lui sera assignée ; selon lui, il doit suffire de l'obliger à se fixer dans le département.

M. Double convient que les Conseils généraux ont déjà le droit qui leur est reconnu par l'article ; mais la Commission a pensé que l'insertion expresse de cet article dans la loi, les engagerait à user plus souvent de ce droit. M. Double ajoute, que si on ne donne pas aux Conseils le pouvoir de fixer la résidence des docteurs gradués à leurs frais, ils ne voudront pas risquer la dépense. — M. Adelon appuie ces opinions de M. le rapporteur, et propose d'adopter l'article avec cette modification, au lieu de dire, *que le docteur devra se fixer dans la commune qui lui sera assignée d'avance*, il faut dire, *dans la commune qui lui sera assignée après sa réception* : il rappelle que les départemens font déjà, pour des élèves sages-femmes qu'ils envoyent étudier à l'hospice de la Maternité à Paris, ce qu'on les engage à faire pour des docteurs. — M. Barthélemy, pour appuyer l'article, annonce qu'une semblable mesure est prise relativement aux vétérinaires ; des élèves reçoivent l'instruction et sont reçus aux frais des départemens, et s'engagent en compensation à résider dix ans dans les lieux qui leur sont désignés ; s'ils s'y refusent, ils sont tenus de restituer ce qui a été dépensé pour eux.

L'article est mis aux voix et adopté avec la modification proposée par M. Adelon.

La discussion s'engage sur l'art. 8 ainsi conçu : « Il y aura des » médecins cantonnaux en France, partout où le besoin s'en fera » sentir ; les Conseils des communes, avec l'avis des Conseils d'arron- » dissement, et sauf l'approbation des Conseils généraux de départe- » ment, en pourront obtenir la création. » — Cet article est adopté après une courte discussion.

M. Double lit l'art. 9 : « Il ne pourra jamais exister de médecins » cantonnaux salariés dans les chefs-lieux de département, d'arrondis- « ment, ni même de canton ; leur résidence devra être nécessairement » établie dans les communes rurales. »

M. Adelon demande la suppression de cet article, d'une part, comme étant en contradiction avec l'art. 8 ; et d'autre part, comme pouvant nuire au service. En effet, l'art. 8 dit qu'il y aura des médecins cantonnaux *partout où le besoin s'en fera sentir :* or, peut-on assurer qu'il n'y aura aucun chef-lieu, de canton surtout, où il sera nécessaire de placer un médecin cantonnal ? Quelques-uns sont assez pauvres pour qu'aucun docteur n'aille s'y établir sans l'appât d'une subvention. D'autre part, il sera toujours convenable de placer le médecin cantonnal autant que possible au centre des lieux auxquels il devra porter ses secours ; or, ne peut-il pas se faire que ce point central soit le chef-lieu de canton lui-même ? En troisième lieu, toutes autres conditions remplies, il faudra toujours préférer pour résidence du médecin cantonnal, le chef-lieu de canton, quand cela pourra se concilier avec les exigeances du service, car il faut chercher à rendre la résidence de ce médecin la plus douce possible, pour qu'il l'accepte. » Je pressens bien, ajoute M. Adelon, quelle a été la pensée de la Commission ; elle a voulu éviter l'institution de médecins de canton inutiles et créés par faveur ; mais il existe déjà contre cet abus des précautions suffisantes ; l'art. 8, en effet, dit que les *Conseils de communes* d'abord, puis les *Conseils d'arrondissement*, et enfin les *Conseils généraux de département* devront successivement donner leur approbation à la création d'un médecin cantonnal. Or, y a-t-il à craindre que ces trois autorités consentent à créer sans nécessité pour un chef-lieu de canton un médecin cantonnal qui leur imposera une dépense ? Ajoutez, que dans le projet de la Commission, les médecins cantonnaux seront nommés d'après examen, et sur la présentation des autorités locales, par le Conseil médical du département. »

M. Double réplique, que les garanties qui rassurent M. Adelon contre l'institution des médecins cantonnaux par faveur, n'ont pas paru suffisantes à la Commission : il ajoute que, dans le désir de faire adopter par le Gouvernement l'institution de médecins cantonnaux, la Commission a voulu de suite lui faire entendre que le nombre en serait aussi restreint que possible.

M. Velpeau croit que jamais les chefs-lieux de canton ne manqueront de docteurs, et il en cite qui en possèdent trois, bien que sa population ne soit que de six cents ames. MM. Piorry, H. Cloquet citent des exemples contraires. Plusieurs membres proposent des amendemens qui se rapprochent plus ou moins de la proposition faite par M. Adelon : ainsi MM. Cornac et Deslongchamps veulent que l'article se borne à dire, *que les médecins cantonnaux seront autant que possible placés de préférence dans les communes rurales* : M. Delens propose de statuer, *qu'on ne pourra creer de médecins salariés dans les chefs-lieux de département, d'arrondissement et de canton, quand il y aura déjà un docteur.* Tous ces amendemens sont rejettés, et l'article, tel qu'il a été proposé par la Commission, est adopté.

L'Académie adopte de même l'art. 10 : « Les places de médecins » de canton ne seront données qu'à des docteurs en médecine. » Seulement, sur la proposition de M. Deneux, il est décidé qu'on ajoutera à l'article ces mots, *et à des docteurs en chirurgie.*

Séance du 7 décembre. — Le président met en discussion l'art. 11 ainsi conçu : « L'élection des médecins cantonnaux sera faite par les » Conseils médicaux de département sur la présentation des autorités » locales. Les candidats devront avoir fait preuve de connaissances » en accouchement et en chirurgie, autant qu'en médecine pra- » tique. »

Snr la proposition de M. Girardin, l'Académie renvoie la discussion de cet article et sa discussion sur le mode de nomination des médecins cantonnaux, au moment où elle s'occupera des attributions des Conseils médicaux.

L'art. 12 est ainsi conçu : « Le traitement des médecins canton- » naux sera toujours fixé entre 600 et 1500 fr., en vertu d'une déli- » bération expresse du Conseil général du département. »

M. Nacquart voudrait que l'on se bornât à fixer le *minimum* du traitement. — M. Girard craint que le traitement des médecins cantonnaux, si on le laisse dans la dépendance des votes des Conseils généraux du département, ne soit pas assez garanti. Chaque année ce traitement sera remis en question et pourra être supprimé. Comme preuve, il cite l'exemple des médecins vétérinaires placés dans diverses communes par le Gouvernement, auxquels étaient affectés des traitemens sur les fonds des Conseils généraux, et qui en ont été privés par refus de ces Conseils.

M. Adelon croit les objections de M. Girard peu fondées. Il n'y a pas de parité à établir entre les médecins vétérinaires et les médecins cantonnaux ; les premiers étaient imposés aux départemens par le gouvernement, et étaient réprouvés comme une charge par les autorités départementales ; ce sont celles-ci au contraire qui créeront les médecins cantonnaux, et par conséquent en les créant elles prendront

l'engagement de les payer. M. Adelon pense aussi, contrairement à ce que dit M. Nacquart, que la commission a bien fait de fixer un maximum pour le traitement, afin que le gouvernement puisse bien apprécier les conséquences de la mesure qui lui est proposée; bien entendu, ajoute-t-il, que ce maximum sera alloué dans les cantons les plus pauvres. Enfin il regrette que la commission n'ait point abordé une question importante, celle de savoir si ces médecins cantonnaux seraient nommés à vie, ou n'auraient que des fonctions temporaires.

M. Double ne conteste pas l'importance de cette dernière question; mais la commission n'a pas cru devoir la résoudre : si elle avait eu à le faire, elle aurait opiné pour que les médecins cantonnaux fussent nommés à vie; il y aurait ingratitude à obliger un médecin qui aurait consumé sa jeunesse dans un pays pauvre, à aller tenter fortune ailleurs dans sa vieillesse.

M. Adelon professe une opinion toute contraire. Nommer les médecins cantonnaux à vie, c'est se priver du pouvoir de les renvoyer s'ils remplissent mal leurs fonctions et ne se trouvent pas au courant des connaissances médicales : c'est prévenir les conseils généraux contre l'institution des médecins cantonnaux, et les faire reculer devant des créations qui seront pour eux une dépense éternelle. Enfin il est certainement très-possible qu'un canton, qui a aujourd'hui besoin d'un médecin salarié, cesse d'éprouver ce besoin quelques années plus tard. Selon lui, les médecins cantonnaux ne devraient être nommés que pour cinq ans, sauf à être au bout de ce temps réélus si cela est nécessaire.

Sur la proposition de M. Gérardin, l'Académie adopte l'article, et renvoie à l'examen de la commission la proposition soulevée par M. Adelon.

La discussion s'engage sur l'art. 13 : « Tous les docteurs en médecine » et en chirurgie, tous les pharmaciens reçus postérieurement à la pro» mulgation de la présente loi, seront tenus pour être inscrits sur la » liste du département, d'acquitter préalablement un droit d'exercice » proportionné à la population des villes ou communes dans lesquelles » ils voudront s'établir. Les chiffres du droit d'exercice seront réglés » de telle sorte, que, combinés avec le montant des inscriptions, ils » constituent la totalité des frais de la réception; tous les actes pro» batoires seront gratuits. »

M. Castel craint qu'en établissant un droit d'exercice plus élevé pour les villes, on ne repousse de celles-ci les hommes qui, placés sur un plus grand théâtre, sont destinés à devenir l'honneur de l'art. De plus, il ne comprend pas comment, les frais de réception étant les mêmes pour tous, un droit d'exercice variable pour chacun sera cependant le complément des autres frais de réception. M. Adelon reproche aussi à l'article de n'être pas clair : selon lui, la commission

aurait dû, fixer d'abord le chiffre total des frais de la réception, puis déterminer quelle part serait dans ce chiffre affectée aux frais d'inscription, et quelle autre constituerait le droit d'exercice. Sans cela il n'est pas possible de savoir, s'il y aura entre le droit d'exercice le plus fort et le droit d'exercice le plus faible, assez de différence pour que cela engage des docteurs à aller s'établir dans les campagnes, but pour lequel la commission propose l'institution de cè droit d'exercice. Si on raisonne d'après le chiffre actuel des frais de réception, il y a peu d'espoir à faire sur cette mesure. Ce chiffre en effet est de 1000 fr., dont jadis 500 étaient consacrés aux frais d'inscriptions, et 500 fr. aux frais de réception, et dont aujourd'hui on applique 785 aux inscriptions et 215 aux examens : or, on voit que, quel que soit celui de ces deux modes que l'on conserve, il établit peu de différences entre les droits d'exercice, puisqu'ils ne peuvent varier dans un cas que de 500 à 1 fr., et dans un autre que de 215 à 1 fr. — M. Adelon prie M. Double d'exposer à cet égard les vues de la commission.

M. Double réplique que la commission n'a voulu que poser le principe d'un droit d'exercice, laissant à l'administration à fixer le maximum et le minimum de ce droit; il aurait fallu à la commission pour fixer ces chiffres des élémens qu'elle n'avait pas; savoir, la notion du nombre de docteurs et d'officiers de santé gradués chaque année, le chiffre de la population des différentes villes, le chiffre de ce que rapportent les patentes payées par les médecins, chirurgiens et pharmaciens, puisque le droit d'exercice est destiné à remplacer cet impôt, etc.

M. Adelon n'admet pas cette fin de non recevoir de M. Double; on ne peut rien statuer sans savoir, 1.° quel sera le chiffre total des frais imposés pour obtenir le doctorat; 2.° ce qui dans ce chiffre sera affecté aux frais d'inscription, et ce qui constituera le droit d'exercice. Il demande que l'article soit renvoyé à la commission pour qu'elle statue d'abord sur ces deux questions. Les objections faites par M. le rapporteur sont sans valeur. D'une part, on a le nombre approximatif des docteurs, pharmaciens et officiers de santé gradués chaque année; le rapporteur a indiqué lui-même la moyenne des réceptions faites chaque année. En second lieu, on n'a pas besoin de connaître la population précise de toutes les communes de France, pour établir un droit quelconque en raison de ces populations; on précise ce droit pour 5,000 ames et au-dessous, pour 10,000, 20,000, etc. Enfin, la question des patentes est étrangère à celle dont il s'agit; la patente est un impôt annuel, affecté à l'exercice d'une profession quelconque; et le droit d'exercice qu'on propose se paiera une seule fois au moment *où on se fera inscrire sur la liste d'un département*; et, dit l'article qu'on discute, *combiné avec le montant des inecriptions, il devra constituer la totalité des frais de réception.*

M. Double s'oppose au renvoi proposé par M. Adelon. Ce renvoi est au contraire appuyé, 1.° par M. Moreau, qui dit qu'avant de détruire ce qui est, il faut au moins savoir ce qu'on met en place; 2.° par M. Velpeau, qui craint que faute à l'Académie d'avoir fixé le maximum du droit d'exercice, l'administration ne le porte à une somme trop forte, et à laquelle ne pourraient atteindre des hommes très-capables d'ailleurs; 3.° par M. Nacquart, qui repousse même d'une manière absolue la création de ce droit d'exercice.

L'article est renvoyé à la commission, et l'Académie décide que M. Adelon se joindra à elle pour la rédaction de cet article.

Séance du 10 *décembre*. — M. Double expose, que le renvoi fait par l'Académie à sa précédente séance, de l'article 13 relatif à l'institution d'un droit d'exercice, entraîne également le renvoi des art. 14 et 15 qui ont trait aussi au droit d'exercice : et comme ces articles 14 et 15 terminent ceux qui sont relatifs à la première section du rapport, il propose d'aborder aussitôt ceux de la seconde, et qui traitent des *conseils médicaux* ou *chambres de discipline*.

M. Adelon demande qu'auparavant l'Académie discute le texte même de la première section du rapport; discussion sans laquelle ce rapport ne serait pas l'œuvre de l'Académie, mais celle de la Commission ou du rapporteur. Il demande à présenter quelques observations sur cette première partie du rapport. M. Double combat cette proposition de M. Adelon. Il doit suffire à l'Académie de délibérer sur les articles qui sont le resumé du rapport; discuter le texte du rapport lui-même, ce serait prolonger sans utilité une discussion déjà bien longue. On comprend bien que chacun aurait mis dans la rédaction d'un pareil rapport sa tournure d'esprit particulière. Tout au plus la discussion qu'appelle M. Adelon pourrait avoir lieu à la fin de tout le travail, et lorsque tous les articles de législation proposés par la Commission auront été votés ou repoussés. M. Adelon insiste sur sa proposition.

L'Académie, à la majorité de 33 voix contre 26, décide que le rapport ne sera pas *actuellement* discuté. M. le président annonce qu'il va mettre en discussion le premier article de la deuxième partie du rapport; M. Adelon demande qu'au moins cette fois-ci on discute le rapport avant d'aborder les articles, afin d'éviter la fin de non recevoir qui vient de lui être opposée : cette proposition appuyée par M. Moreau, et combattue par M. le rapporteur, est encore rejettée. La discussion s'ouvre donc sur le premier article ainsi conçu : *il y aura un conseil médical dans chaque chef-lieu de département*.

M. Reveillé Parise lit en faveur de l'institution des conseils médicaux un discours écrit. Cette institution fournira aux médecins un moyen de se défendre contre les attaques des charlatans, et d'éclairer les diverses autorités sur les intérêts et les besoins de leur pro-

fession : par elle, les médecins acquerront le droit de cité, et auront un centre d'union ; leur profession recouvrera la considération à laquelle elle a de si justes droits. M. Réveillé Parise approuve les vues de la Commission sur les conseils médicaux, mais avec les modifications que la discussion pourra démontrer être nécessaires.

M. Nacquart repousse au contraire l'institution des conseils médicaux, comme ramenant aux corporations dont la révolution de 1789 avait affranchi toutes les professions. Cette révolution, dit-il, avait détruit toutes les supériorités de corps, de position, pour ne laisser à chacun que sa valeur individuelle ; et c'est s'engager dans une voie rétrograde, que de composer des conseils médicaux chargés de parler et de veiller aux soins de tous. Quel motif d'ailleurs pour justifier cette institution ? La repression du charlatanisme ? mais le charlatanisme a sa base pour ceux qui l'invoquent dans la peur de la mort, et pour ceux qui l'exercent dans la cupidité ; et quelle prise peuvent avoir des conseils médicaux sur ces deux passions si ardentes du cœur humain ? L'institution des conseils médicaux sera, dit M. Nacquart, non seulement inutile, mais dangereuse, parce qu'elle fait renaître entre les médecins cette solidarité dont on était heureusement délivré : par elle les torts des uns sembleront être les torts de tous. Ajoutez qu'elle donnera lieu à de nombreux scandales ; car qui peut espérer que le médecin inculpé et censuré par un conseil médical n'usera pas de représailles envers les membres de ce conseil ? Aujourd'hui sans doute, on n'a pas à redouter une influence du gouvernement sur ces conseils médicaux ; mais qui pourrait garantir qu'il en sera toujours ainsi ? et n'aurait-on pas sans motif compromis l'indépendance des médecins ? M. Castel combat aussi l'institution des conseils médicaux :

La discussion est close ; alors le scrutin est démandé ; il y a 85 votans. Il y a 46 voix pour l'admission de l'article et pour admettre les conseils médicaux, et 39 voix contre.

Séance du 14 décembre.—M. Double croit devoir dissiper les craintes qu'ont exprimées plusieurs membres de l'Académie, touchant l'institution des conseils médicaux : tout-puissans pour le bien, ces conseils seront sans force pour le mal : d'une part, leur composition émanera du corps des médecins seulement, et l'autorité n'aura aucune part à l'électon de leurs membres : d'autre part, la profession de médecin est toute privée, toute domestique, et à la différence de celle d'avocat, sans aucun point de contact avec la politique : par eux enfin les médecins seront *unis*, et par conséquent *plus puissans.* Il donne lecture du second article, ainsi conçu : *Chaque conseil médical de département sera composé de neuf membres, dont six docteurs en médecine ou en chirurgie, et trois pharmaciens reçus dans les Ecoles.*

M. Robinet réclame contre l'infériorité du nombre des pharmaciens admis dans les conseils qui, suivant lui, auront à juger beaucoup de délits pharmaceutiques ; il propose qu'on porte ce nombre à quatre.

M. Double objecte à M. Robinet que, puisqu'il y a plus de médecins et de chirurgiens que de pharmaciens, il est juste qu'il y ait dans les conseils médicaux un plus grand nombre des premiers que des seconds; car là où il y plus de représentés il faut un plus grand nombre de représentans: il ajoute que M. Robinet a tort de réunir en une seule classe les médecins et les chirurgiens, puisque l'académie a voté la séparation de ces branches de l'art. Il remarque enfin qu'il n'est pas exact de dire que les principaux délits poursuivis par les conseils seront des délits de pharmacie, car si un charlatan vend une drogue et à ce titre usurpe la pharmacie, il voit aussi des malades et exerce l'art de guérir.

M. P. Dubois élève une question préjudicielle : selon lui, la discussion ne suit pas une marche logique; avant de décider le nombre des membres des conseils et en général l'organisation de ces conseils, il faudrait discuter leurs attributions, et être fixé sur ces attributions; selon que celles-ci seront plus ou moins nombreuses, le nombre des membres des conseils devra être plus ou moins considérable. Il faudrait donc décider d'abord, si ces conseils seront simplement des corps chargés de veiller à l'exécution des lois sur l'exercice de la médecine, où s'ils auront à exercer des fonctions disciplinaires. MM. Adelon et Moreau appuient la proposition de M. P. Dubois.

M. le rapporteur persiste à ne voir aucun avantage à intervertir l'ordre de discussion qui est engagé, et l'académie consultée rejette la proposition de MM. Dubois et Adelon à 28 voix contre 23.

On rejette un amendement de M. Lodibert ainsi conçu : le conseil médical du département sera composé d'un nombre de membres proportionné à la population du chef-lieu, et dans ce nombre les proportions respectives des docteurs en médecine et en chirurgie et des pharmaciens de première classe, seront de 5/9 pour les premiers et de 4/5 pour les seconds. L'article de la commission est adopté.

On adopte de même l'article 3 ; *le conseil médical de Paris seul, à cause du grand nombre d'affaires qui pourraient lui être dévolues, sera composé de* 18 *membres :* 12 *docteurs en médecine ou en chirurgie, et* 6 *pharmaciens.*

La discussion s'engage sur l'art. 4 ainsi conçu : *Nul ne pourra être élu membre du conseil médical du département s'il n'est docteur en médecine ou en chirurgie, ou pharmacien reçu dans les écoles de pharmacie, et s'il n'a* 30 *ans d'âge au moins, et* 5 *années révolues d'exercice dans le département.* — M. Villeneuve demande la suppression de la première partie de l'article, comme n'étant qu'une répétition inutile de ce qui est dit à l'article 2. — M. Double réplique, que cette répétition a pour but d'exprimer nettement que les officiers de santé et les pharmaciens de seconde classe ne sont pas éligibles. — M. Cornac attaque la seconde partie de l'article ; puisque ce sont le

médecins qui élisent, pourquoi imposer une condition d'âge et celle d'un certain temps d'exercice ? M. Double réplique encore, que la connaissance des localités est nécessaire aux membres du conseil médical, et qu'à ce titre les deux restrictions mises à l'éligibilité par la commission, sont légitimes. L'artiele est adopté.

On passe à l'art. 5 : « Les membres du conseil médical sont élus in-» dividuellement au scrutin secret et à la majorité absolue des suf-» frages par tous les médecins, chirurgiens, officiers de santé et phar-» maciens, ayant droit d'exercice dans le département, lesquels sont » réunis pour cela en Collége d'élection au chef-lieu, après convoca-» tion expresse. » M. Adelon rappelle la difficulté d'exécution soulevée par M. Castel ; voilà toute la population médicale d'un département obligée de se transporter le même jour au chef-lieu, et par conséquent, tous les malades abandonnés ; est-ce possible ? — M. Double réplique qu'il sera loisible aux médecins de ne pas venir, et qu'il suffira de la moitié des électeurs ayant droit de voter, pour que l'élection soit valide. — M. Adelon repoussera ces conseils médicaux s'ils ne sont pas le produit d'une élection générale ; il faut organiser leur institution de manière qu'il soit, non-seulement possible, mais facile à tout électeur de venir déposer son vote ; il propose que le scrutin reste ouvert huit jours.— M. Husson appuye cette proposition ; pour éviter même de trop grands déplacemens, il propose que des scrutins soient ouverts dans les sous-préfectures, et qu'ensuite ces scrutins partiels soient envoyés au chef-lieu du département pour y être dépouillés. — M. Double essaye de combattre encore ces propositions, mais il finit par s'y rendre et reconnaître qu'elles sont une amélioration du projet de la commission. Une nouvelle discussion s'élève sur le mode de recueillir les votes. M. Adelon propose le renvoi à la commission des art. 5, 6, 7 et 8, pour être remplacés par d'autres articles rédigés d'après les vues adoptées par l'assemblée. Adopté (1).

---

(1) L'étendue des discussions sur l'organisation de la médecine nous force à remettre au Numéro suivant le compte rendu des séances intermédiaires consacrées aux matières scientifiques. — Il en est de même du compte rendu des séances de l'Académie des Sciences, qui d'ailleurs n'ont offert que peu de sujets relatifs à la médecine.

BIBLIOGRAPHIE.

DICTIONNAIRE DE MÉDECINE,

OU RÉPERTOIRE GÉNÉRAL DES SCIENCES MÉDICALES, CONSIDÉRÉES SOUS LES RAPPORTS THÉORIQUE ET PRATIQUE;

PAR MM. ADELON, ANDRAL, BÉCLARD, BÉRARD, A. BÉRARD, BIETT, BLACHE, BRESCHET, CALMEIL, CAZENAVE, CHOMEL, H. CLOQUET, J. CLOQUET, COUTANCEAU, DALMAS, DANCE, DESORMEAUX, DEZEIMERIS, P. DUBOIS, FERRUS, GEORGET, GERDY, GUERSENT, ITARD, LAGNEAU, LANDRÉ-BEAUVAIS, LAUGIER, LITTRÉ, LOUIS, MARC, MARJOLIN, MURAT, OLLIVIER, ORFILA, OUDET, PELLETIER, PRAVAZ, RAIGE-DELORME, REYNAUD, RICHARD, ROCHOUX, ROSTAN, ROUX, RULLIER, SOUBEIRAN, TROUSSEAU, VELPEAU, VILLERMÉ.

Deuxième édition, entièrement refondue et considérablement augmentée. *Tome* V.e Ban-Bras. — 1.er *Novembre* 1833. — *Chez Béchet jeune.*

Celui de nos collaborateurs qui s'était chargé de l'analyse de cet ouvrage ayant été subitement forcé de renoncer à ce travail, nous nous trouverons à regret dans la nécessite de renvoyer au numéro prochain l'examen détaillé du 5.me vol. *du Dictionnaire de médecine*, et de nous borner pour le moment à un aperçu général de cet important ouvrage.

L'augmentation considérable de cette nouvelle édition devient de plus en plus frappante. Les auteurs du premier Dictionnaire avaient resserré dans trois volumes les articles compris dans les lettres A et B. Nous voici arrivés à la fin du V.me volume de cette seconde édition ou plutôt de ce nouveau Dictionnaire sans que la lettre B ait encore été épuisée. Aussi les auteurs ont-ils cru devoir renouveler aux souscripteurs l'engagement de fournir *gratis* les volumes, *quel qu'en soit le nombre*, qui dépasseront le 25me volume, précaution fort inutile, car un semblable engagement ne se prend qu'une fois. Aucun de leurs nombreux souscripteurs ne peut soupçonner leur fidélité à tenir leur promesse. Si l'on s'arrêtait aux aux chiffres seuls, on serait porté à croire que le nombre des volumes sera au moins de 35. Mais il faut remarquer que plusieurs articles traités dans le commencement de l'ouvrage avaient été réjettés plus loin dans la première édition, et qu'en outre les premières lettres de l'alphabet comprenant les sujets les plus importans, c'était surtout sur elles que devaient porter les modifications les plus

importantes et les augmentations les plus considérables. Il faut croire d'ailleurs que le défaut de concision qu'on pourrait reprocher à plusieurs parties de l'ouvrage disparaîtra à mesure que la publication marchera avec plus de régularité et que le comité de révision pourra se montrer plus sévère. C'est probablement à ces obstacles qui se presentent en foule au commencement d'une entreprise aussi colossale, qu'il faut s'en prendre cette année si les auteurs n'ont pu tenir leur promesse de publier cinq volumes par an. Espérons qu'ils seront plus heureux et plus exacts. On lit sur la couverture les noms de quatre nouveaux collaborateur. MM. A. Berard, Laugier, Louis et Pravaz. Ce dernier est chargé des articles d'orthopédie. Ses travaux sur cette branche de l'art chirurgical, en le mettant au premier rang parmi les chirurgiens qui se sont occupés de cette spécialité, marquait sa place parmi les collaborateurs du *Dictionnaire de médecine*, et je ne doute pas que sa coopération ne leur soit fort utile. La sagacité et la sévérité qui brillent dans les ouvrages de M. Louis sont pour les souscripteurs du *Dictionnaire de médecine* un sûr garant du mérite des articles qu'il fournira au Dictionnaire. M. A. Bérard et Laugier ont déjà donné des preuves suffisantes de leur savoir, de leur zèle et de leur excellent jugement, pour nous convaincre qu'ils sont doués des qualités nécessaires pour un travail de la nature de celui-ci.

En considérant l'ensemble des volumes déjà publiés, il est facile de voir que les auteurs se sont écartés de la méthode trop souvent adoptée pour faire un dictionnaire, de traiter successivement les divers mots du vocabulaire médical sans coordonner ces divers matériaux. Ils ont senti qu'un des principaux défauts des Dictionnaires de médecine rédigés par un grand nombre de collaborateurs était l'absence d'un plan général, le défaut d'ensemble entre les divers articles dont la réunion devait constituer le tableau général de telle ou telle maladie. Faits souvent par des auteurs dont les principes médicaux étaient en opposition, ces articles n'étaient pas en harmonie et ne servaient qu'à faire connaître les opinions personnelles de ceux qui les avaient composés. De tels recueils étaient l'arène où combattaient les prétendus collaborateurs, et les souscripteurs payaient les frais de la guerre faite à leur préjudice.

Aussi ces ouvrages ont-ils complètement manqué le but de toute publication de ce genre, qui est de présenter un vaste tableau de la science dont ils traitent, et d'en faire connaître l'histoire dans tous les temps et dans tous les lieux. Ce défaut capital, qui n'était pas étranger à la première édition du *Dictionnaire de Médecine*, me paraît avoir disparu de cette seconde édition. La lecture des volumes qui ont été publiés y fait apercevoir un plan général, auquel concourent les diverses parties de l'ouvrage, et le comité chargé de préparer les matériaux et de veiller à ce que les divers articles soient en harmonie les

uns avec les autres s'est jusqu'alors fort bien acquitté des obligations qui lui sont imposées. Espérons qu'il persévérera dans cette tâche aussi difficile qu'importante, et que la marche des travaux étant maintenant bien régularisée, il saura faire disparaître les défauts qu'on peut encore reprocher à quelques articles. Il n'est personne qui n'ait été frappé du mérite et de l'utilité de la partie bibliographique, travail indispensable pour compléter l'histoire de la science et dont M. Dezeimeris s'acquitte avec un rare talent. — La matière médicale et la pharmacologie sont encore une des parties qui ont été le plus améliorées dans cette nouvelle édition, qui renferme à ce sujet des notions que l'on chercherait vainement ailleurs.

Le cinquième volume contient un grand nombre d'articles importans, tels que ceux-ci : *Bassin*, considéré sous les rapports de l'anatomie, de l'art des accouchemens, de la pathologie et de l'orthopédie ; *bec de lièvre ; belladone*, *biliaires* (maladies des voies) ; *bilieuses* (affections et fièvre) ; *blennophthalmie ; blessures* (médecine légale) ; *bourses muqueuses* (maladies des) ; *bras* (anat. et pathol). etc. etc. Obligés par les motifs indiqués au commencement de cette note, de renoncer pour aujourd'hui à l'examen détaillé de ce volume, nous en ferons l'objet d'un très-prochain article. M.

Guide pour l'étude de la clinique médicale, ou Précis de séméiotique ; ouvrage posthume de Dance, *publié par un de ses amis.* — *Paris*, 1833. *Chez Béchet jeune.*

Le nom de Dance est inscrit trop honorablement parmi ceux des médecins de nos jours qui ont le plus contribué aux progrès de la science pour ne pas appeller sur toutes les productions de cet auteur l'attention la plus sérieuse. Partout, en effet, devront se déceler les traits qui le caractérisaient si émminement, et signalaient l'observateur habile et profond, et de plus l'homme probe, qui garantit la vérité des faits qu'il annonce et la rigueur de leur interprétation.

Désigné en 1832 par la Faculté pour remplir les fonctions provisoires de professeur de clinique, Dance se pénétra bien vite de l'importance de la mission qui lui était confiée, et ne voulut l'aborder qu'après en avoir mesuré toute l'étendue. Le livre dont il s'agit ici, a été composé en entier sur les notes qu'il rassembla alors et qui contenaient le développement du plan et des matières d'un cours qu'il allait ouvrir sur toute la médecine pratique. Ce n'est point une œuvre de haute portée, comme d'autres qui doivent principalement illustrer sa mémoire ; mais nulle, peut-être, n'est plus propre à mettre en évidence tout ce qu'on devait attendre de ses travaux : résumé concis et substantiel d'études graves, ce livre constitue l'instruction la plus com-

plète et la plus précise sur tout ce qui se rattache à l'observation clinique.

Dans une science toute de faits, le talent d'observer est, comme on l'a dit, la condition essentielle du succès. Sans étude clinique, point de médecin; c'est le terme et l'aboutissant de toutes les autres études médicales, le véritable pivot de l'art. Mais c'est ici surtout que l'élève sent le besoin d'une direction spéciale qui l'initie dans l'immense carrière qui s'ouvre devant lui, et déroule sans confusion la série des faits qui vont surgir et se succéder à ses yeux. Qui mieux que Dance pouvait lui servir de guide?

La première partie du livre est consacrée à l'exposé des principes dont l'élève doit se pénétrer avant d'aborder l'étude clinique, principes fondamentaux qui l'introduisent en quelque sorte au lit des malades, et lui ouvrent réellement la carrière. Quoique la plupart des propositions que renferme cette partie n'aient besoin que d'être énoncées pour être démontrées, Dance n'en insiste pas moins sur toutes, tant il est vrai qu'on voit encore trop d'élèves au début de leurs études, se presser dans les salles de clinique sans réflexion, sans but, et consumer inutilement un temps dont l'emploi doit être si précieux.

La seconde partie, la partie vraiment essentielle de l'ouvrage, est un précis complet de *séméiologie*. Apte à saisir toutes les circonstances des maladies, l'élève doit maintenant s'appliquer à apprécier la valeur, la *signification* de leurs symptômes, en apprécier la nature et le siége. L'analyse ne peut ici suivre le détail des matières qui se multiplient et se pressent. Chaque chapitre, chaque paragraphe, on pourrait dire chaque phrase, réclament désormais toute l'attention de l'élève.

Suivant, dans l'exposé des symptômes, l'ordre qu'il avait adopté pour l'examen des malades, opposant toujours l'état physiologique à l'état pathologique, l'auteur recherche les phénomènes les plus marquans des maladies, *leurs signes*, 1.° dans les fonctions de relation; 2.° dans les fonctions d'assimilation; 3.° dans celles de la génération.

Dance parcourt dans deux sections principales la longue série des faits relatifs à ces sources fécondes des indications séméiologiques. Partout fidèle à l'esprit qui devait diriger son enseignement, son but est de transporter sans efforts l'élève au lit des malades, et de puiser dans la succession naturelle des phénomènes morbides celle de ses investigations.

Les diverses attitudes des malades, les teintes diverses de la peau, fixent d'abord son attention dans la considération de l'habitude générale du corps.

Parmi les signes tirés de l'habitude de chaque partie, ceux que fournit la face sont l'objet d'une étude spéciale. Son expression géné-

râle n'est pas le seul point que Dance signale à l'observation ; l'œil et ses dépendances, le front, les tempes, les joues, le nez, les lèvres sont passibles d'altérations isolées qu'il importe souvent de constater.

L'examen du cou est l'occasion d'indiquer la valeur réelle d'un signe proclamé par Lancisi, d'une manière trop absolue, comme pathognomonique des lésions du cœur droit. Le *pouls veineux* ne prouve, en définitive, que la difficulté de la circulation du sang dans les poumons, et peut tout aussi bien dépendre d'une maladie de ces derniers organes que d'une maladie du cœur.

L'exploration de la poitrine, considérée extérieurement, est traitée avec développement. Les préceptes relatifs à la percussion y sont exposés de la manière la plus précise. Dans beaucoup de cas, Dance recommande l'interposition d'un corps étranger, d'un plessimètre ; il veut même que toujours la poitrine soit recouverte d'un vêtement léger, tel que la chemise, ce qui est préférable à la percussion immédiate sur la peau.

Hippocrate et Baglivi attachèrent beaucoup d'importance à l'exploration de l'abdomen. Dance regarde aussi cette cavité comme une source abondante de symptômes et de signes, et si l'exploration du thorax exige des précautions, celle de l'abdomen n'en demande pas moins.

Le toucher et le palper de l'abdomen, sa mensuration font encore l'objet de préceptes importans. A propos de la percussion appliquée à cette région, Dance rappelle les recherches ingénieuses du docteur Piorry. Quant à l'auscultation, il ne lui accorde ici qu'un usage assez limité.

Après avoir complété les faits qui se rapportent à la séméiologie de l'*habitude extérieure*, par l'examen des symptômes fournis par les membres et des différens troubles de l'action musculaire, Dance passe en revue les altérations de la voix et de la parole ; il signale particulièrement à cette occasion les recherches sur le cri des nouveau-nés dont Billard a enrichi la science.

Parmi les modifications si nuancées qu'éprouve la sensibilité générale et locale, l'observateur devra insister sur les variétés nombreuses, et quelquefois si importantes de la douleur, qui peut prendre un caractère tellement différent de toute sensation habituelle, qu'elle constitue le fait le plus frappant des maladies, comme cela se voit dans certaines affections arthritiques. C'est surtout, dit Dance, pour la description de ces douleurs spéciales qu'on voudrait voir se réaliser le désir singulier de Montaigne, qui demandait que le médecin eût éprouvé toutes les maladies.

Le chapitre consacré à l'examen des facultés intellectuelles est fort important. Parcourant toutes les opérations de l'entendement, Dance démontre comme quoi la faculté d'attention est en général la première

qui diminue et se dérange dans les maladies, et peut entraîner l'affaiblissement et le dérangement successif de tous les élémens du jugement. Analysant ensuite les divers désordres dont sont susceptibles ces opérations, les sources d'où ils proviennent et qu'il fait dériver des aberrations des sens, soit externes, soit internes, soit enfin des aberrations des sens externes et internes réunis, il arrive à présenter le tableau le plus exact de toutes les variétés du délire, qui peut être complet, partiel, constant, passager, périodique, doux, fébrile, non fébrile, etc.

L'influence des passions sur le cours des maladies et l'examen des divers *sommeils morbides* terminent la section relative aux signes fournis par les fonctions de relation.

Les fonctions assimilatrices présentent à la séméiologie un champ non moins vaste. Procédant dans l'ordre de leur succession, Dance examine d'abord la digestion. La faim et la soif ne fournissent guères que des signes qui intéressent le pronostic.

Avant de parler des autres signes qu'offrent les organes digestifs, Dance recherche ceux qu'on peut tirer des organes qui servent seulement à préparer les alimens : les dents, les gencives, la langue.

La langue a de tout temps été l'objet d'une attention particulière ; de tout temps aussi on a exagéré l'importance de ses symptômes, ce qui dépend, comme le dit Dance, de ce qu'on n'a pas assez insisté sur les exceptions, sur les circonstances qui peuvent atténuer la valeur de ces symptômes. C'est ainsi qu'une forte chaleur suffit pour rendre noire une langue nette et sèche.

La digestion stomacale, dans son intégrité, étant un des caractères le plus constant de la santé, ses dérangemens sont aussi un des premiers signes des malades. Il faudra prendre garde de confondre les phénomènes purement sympathiques avec ceux qui sont idiopathiques. La douleur à l'épigastre semble aussi appartenir souvent plutôt aux muscles qu'à l'estomac.

Sous le rapport des déjections alvines, Dance pense comme M. Double, que les médecins ne se donnent pas assez à leur inspection, empêchés qu'ils sont, les uns par une fausse honte, les autres par répugnance, certains par des opinions exclusives et par des idées théoriques que la nature repousse et que l'expérience condamne.

Les troubles dont sont susceptibles les actes de la respiration et de la circulation devaient être l'objet d'importantes considérations. Le premier point sur lequel Dance insiste, c'est la prééminence de l'auscultation sur tous les autres moyens d'exploration. C'est le seul qui puisse non-seulement rapporter à leur véritable source les divers désordres de la respiration et de la circulation, mais encore spécialiser les lésions dont les poumons ou le cœur sont le siége. Par l'auscultation, on sent directement l'organe souffrant ; on le sent dans le mé-

canisme de ses fonctions ; aussi, a-t-on donné à juste titre le nom de *signes physiques* aux symptômes qu'elle découvre.

Mais tout en reconnaissant les immenses avantages de ce mode d'observation, il appartenait à l'expérience d'en établir la valeur positive, en écartant tout ce que l'exagération pouvait apporter à cet égard, de préjugés et d'erreurs. Dance n'omet donc aucune des circonstances qui peuvent diminuer, obscurcir ou même annihiler les résultats de l'auscultation, soit que ses phénomènes propres se confondent par des nuances impossibles à saisir, soit qne des phénomènes étrangers les couvrent en quelque sorte par la préponderance de leur développement. Enfin, c'est ici, comme partout ailleurs dans l'histoire des maladies, l'ensemble et l'accord de tous les symptômes qui devront décider le diagnostic. Ce chapitre est sans contredit le plus complet et le plus important de l'ouvrage, celui dans lequel Dance a montré toute l'étendue et toute la valeur de son expérience personnelle.

Le reste du *Précis de séméiotique* a trait aux modifications dont sont passibles la température du corps et les diverses exhalaisons et sécrétions.

Tel est, avec ses divisions, le cadre dans lequel Dance voulait qu'on renfermât tout ce qui se rapporte à la séméiologie. Nous n'avons pu en donner qu'un aperçu rapide. Nous espérons qu'il suffira pour faire sentir tout le prix de ce livre, qui est *plein*, comme on dit, et qui ne saurait, nous le répétons, être trop lu, trop médité.

Aujourd'hui que l'enseignement élémentaire en médecine, comme en toute chose, devient un besoin de plus en plus vivement senti, rendons grâces à l'amitié éclairée qui nous a donné cette œuvre de Dance. Il est temps que des hommes consciencieux s'emparent de cette direction première des études dont les conséquences sont graves, en traçent le sens et en fixent les limites. HOURMANN.

FIN DU TOME III DE LA DEUXIÈME SÉRIE.

TABLE ALPHABÉTIQUE

DES MATIÈRES DU TOME III,

DEUXIÈME SÉRIE DES ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE.

FIN DE LA TABLE.

Imprimerie de MIGNERET, rue du Dragon, N.° 20.

